

صحة وعافية



كيفية التعايش مع قرح المعدة

Coping with Stomach Ulcers

A Sound mind in a Sound body

Live sound and safe

تأليف
د. توم سميث

sheldon PRESS




كيف تتعايش
مع قرح المعدة؟
Coping
With Stomach Ulcers

الناشر: دار الفاروق للنشر والتوزيع

الحائزة على الجوائز الآتية

جائزة أفضل ناشر للأطفال والناشئة في مصر لعام ٢٠٠٢
جائزة أفضل ناشر مدرسي في مصر لعام ٢٠٠٢
جائزة أفضل ناشر للترجمة من والى اللغة العربية في مصر لعام ٢٠٠٣
جائزة الإبداع في مصر لعام ٢٠٠٢ (الجائزة الذهبية)
جائزة أفضل ناشر علمي وجامعي في مصر لعام ٢٠٠١
جائزة أفضل ناشر علمي وجامعي في مصر لعام ٢٠٠٠
المركز الرابع كأفضل دار نشر على مستوى العالم في مجال الترجمة في معرض فرانكفورت عام ٢٠٠٠

فرع وسط البلد: ٣ شارع منصور - المبتديان - متفرع من شارع مجلس الشعب محطة مترو سعد زغلول - القاهرة - مصر.
تليفون: ٧٩٥٣٠٣٢ (٠٠٢٠٢) - ٧٩٤٣٢٠٣ (٠٠٢٠٢)
فاكس: ٧٩٤٣٦٤٣ (٠٠٢٠٢)

فرع الدقي: ١٢ شارع الدقي الدور السابع - إتجاه الجامعة مَنْزَل كوبرى الدقي - جيزة - مصر
تليفون: ٣٣٨٠٤٧٣ (٠٠٢٠٢) - ٧٦٢٢٨٣٠ (٠٠٢٠٢)
٧٦٢٢٨٣١ (٠٠٢٠٢) - ٧٦٢٢٨٣٢ (٠٠٢٠٢)
فاكس: ٣٣٨٢٠٧٤ (٠٠٢٠٢)

العنوان الإليكتروني:
www.darelfarouk.com.eg

الناشر الأجنبي: شيلدون برس

تأليف

د. توم سميث

إعداد

قسم الترجمة بدار الفاروق

تحذير

الطبعة العربية الأولى ٢٠٠٥

الطبعة الأجنبية ٢٠٠٢

عدد الصفحات ١٩٢ صفحة

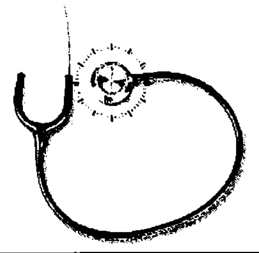
رقم الإيداع ١٦٩٧٩ لسنة ٢٠٠٤

الترقيم الدولي: 977-345-816-4



كيف تتعايش مع
قــرح الـمـعـدة؟

Coping
With Stomach Ulcers



المحتويات

المقدمة

تجدر الإشارة إلى أن واحدًا من بين كل سبعة رجال في بريطانيا يعاني من قرحة (Ulcer) بالمعدة أو الاثنا عشر حين بلوغه سن الأربعين. وقد يبدو هذا الرقم مخيفًا إلى حد ما، إلا أنه في العديد من الدول النامية قد يكون أكبر من ذلك بكثير، بل وأيضًا في بعض الدول المتقدمة مثل اليابان، حيث لما يقرب من نصف أعداد الرجال وربع أعداد النساء تاريخ سابق مع أمراض القرحة.

وعلى الرغم من ذلك، فإن المفاجأة الحقيقية تتمثل في أن القرح لا تحدث أساسًا بشكل متكرر. ولعل السبب في ذلك هو أن الوظيفة الأساسية للمعدة هي هضم الطعام - والذي يتكون في حقيقته من المواد نفسها الخاصة بالمعدة - دون قيامها بهضم نفسها.

وتنشأ القرحة في حالة عدم قدرة المعدة على حماية نفسها من التعرض للهضم.

وهنا يتضح الهدف من هذا الكتاب ألا وهو توضيح كيفية حدوث هذه العملية وتأثير القرحة على الحالة الصحية للمريض، بل وكيفية معالجتها والوقاية منها. ويمكن القول إن هذا الكتاب موجه للمصابين بالقرحة وذويهم والمحيطين بهم.

وقد تمت كتابة هذا الكتاب مع نشوء حالة من التوجه الجديد بين الأطباء بالنسبة لأسباب القرحة وطرق علاجها. فقد تم في السنوات الأخيرة إثبات خطأ معظم النصائح التي كان يتم توجيهها لمرضى القرح. فعلى سبيل المثال، لا يؤدي تناول أغذية معينة إلى الإصابة بالقرحة – فالمعدة الطبيعية تستطيع التعامل جيدًا

مـع الأطعمـة المحمـرة، علـى سـبيل المثـال - كمـا أن التحـول للاعتماد على نظام غذائي قاصر علـى تنـاول منتجـات الألبـان لا يؤدي إلى الشفاء من القرحة. ففي الحقيقة، قد يؤدي ذلك إلـى تدهور حالتك بصورة مضاعفة.

ولا يوجد هناك دليل علمي مؤكد على أن الضغط العصبي من الأسـباب المهمـة لحـدوث القـرح أو أن تغييـر نمـط الحيـاة بمجـرد الإصابة بالقرحة يؤدي إلى تحسـن حالتك بصورة كبيرة.

ومنـذ سـنوات قليلـة، لـم يكـن أي طبيـب يعتقـد أن الإصـابة بالقرحة قد تنتقل عن طريق العدوى، بل أن الفكـرة ذاتهـا كـان لا يمكن قبولها. فقد كان هناك اعتقاد سـائد بـأن الوسـط الحمضـي للعصارة المعدية لا يسـمح بنمو أية جراثيم. لكن قرحة الاثنا عشـر الآن يمكن معالجتها ومنـع ظهورهـا مـرة أخـرى لـيس مـن خـلال استخدام العقاقير التقليدية التي تقوم بمعادلـة الحموضـة، ولكـن من خلال اعتبار القرحة كعـدوى تسـتدعي معالجتهـا عـن طريـق مجموعة متنوعة من العقاقير المضادة للبكتيريا.

وقد تم التوصل لذلك عقب اكتشاف أنه يوجد في داخل بطانة المعدة لكثير من الأشخاص المصـابين بالقرحـة مسـتعمرة ناميـة مـن البكتيريـا والتـي تسـمى الهليكـوبكتر بيلـوري (Helicobacter Pylori - HP). ويتميز هذا النوع من البكتيريا، بقدر ما توصـلت إليـه العلوم الطبيـة، بإصـابته للمعـدة البشـرية فقـط. وقـد انتشـر بـين الأطباء في بداية الثمانينيات من القرن الماضي فكرة وجود علاقة بين هذه البكتيريا والإصابة بالقرحة، إلا أن الأمر استلزم أكثـر مـن عقد للتأكد من صحة ذلك. وقد تم تخصيص أحد الفصول من هـذا الكتاب لإلقاء الضوء على هذا النـوع مـن البكتيريـا وكيفيـة العـلاج منها.

ونـود أن نشـير هنـا أيضًـا إلـى مضـادات H_2 (H_2 Antagonists). فيمكن القول إن هذه العقاقير - والتي يعـد التاجامـت (Tagamet) والزانتاك (Zantac) في مقدمتها - شائعة الاستخدام في المنـازل الآن. وقـد نـال مكتشـفوها جـائزة نوبـل، كمـا أن الشـركات التـي قامت بتسويقها حققت الملايين من الجنيهات من جراء ترويجهـا. كذا، استطاعت هذه العقاقير إحداث ثورة في معالجة القرح. فمع استخدام هذه العقاقير، يمكن القول إن إجراء عمليات في المعدة المصابة بالقرحة اختفت تقريبًا. وقد أدى ذلك إلى قدرة العديد من الأشـخاص علـى التعـايش مـع هـذا المـرض، علـى الـرغم مـن الاستمرار في تناول جرعـات الـدواء لتجنـب معـاودة ظهـور نوبـات المرض مرة أخرى.

وسـنعرض لتعريـف مضـادات H_2 والعقـاقير الحديثـة منهـا مثـل الأوميبـرازول (Omeprazole) - الـذي يعـرف أيضًـا باسـم لوسـك (Losec) - في الفصول التي تتحدث عن كيفية علاج القرحة.

وعلى الـرغم مـن ذلـك، لا تعـد العقـاقير هـي العامـل الفعـال الوحيد في معالجة القرحة. فيمكن القول إنه بجانب هذه الأهمية للعقاقير، يجـب أن تكـون هنـاك إعـادة تقيـيم لـنمط الحيـاة التـي يعيشـها المريض. كذلك لا يعد هذا كافيًـا بمنـأى عـن اتبـاع نظـام علاج فعال لإحداث تحسـن في حالة المريض. هـذا، ويعـد الهـدف مـن هـذا الكتـاب هـو تحسـين جـودة الحيـاة للمصـابين بالقرحـة بالإضافة إلى تخفيـف حـدة المعانـاة التـي يشـعر بهـا المحيطـون بالشخص المريض.

الفصل الأول

القرحة وعسر الهضم

قد يكون الألم هو أهم أعراض الإصابة بالقرحة. ويمكن أن يتباين هذا الألم من مجرد شعور طفيف بعدم الراحة إلى الشعور بالألم الشديد الذي يلاحظه الآخرون على الشخص والذي يؤدي إلى توقفه عن العمل، كما أنه قد يتراوح بين هذين الحدين.

وعادة ما يكون الألم الناتج بفُم المعدة والذي يوجد أسفل عظام الصدر مباشرة، في المنتصف. وعلى الرغم من ذلك، قد يحدث الألم أيضًا في الظهر أو يمتد إلى أسفل البطن حتى منطقة السرة. أما عند حدوث ألم أسفل السرة، فهذا ليس له في الغالب علاقة بالإصابة بالقرحة.

وقد يصف البعض الألم وكأنه إحساس بالرغبة في قضم شيء ما والذي يعد إحساسًا مؤلمًا للعديد من الأشخاص. وبمجرد سماع الأطباء لهذه الشكوى من المريض، فإنهم يقومون بتشخيص المرض على أنه حالة إصابة بالقرحة. وهناك من المرضي ممن يقومون بوصف الألم وكأنه وجع بالأسنان، في حين يصفه آخرون بإحساس بالحرقة.

وعادة ما يكون الألم المرتبط بالإصابة بالقرحة - وذلك دون الحاجة إلى المزيد من إجراء التحاليل - هو ذلك الألم الذي يجعلك تستيقظ من النوم بين الحين والآخر. هذا، ويتم تخفيف حدة هذا الألم من خلال تناول كوب من اللبن أو مضاد للحموضة - والذي قد يتراوح من بيكربونات الصوديوم (Sodium Bicarbonate)

إلـى واحـد مـن مئـات مركبـات الألمونيـوم (Aluminium) أو الماغنسـيوم (Magnesium) المعقـدة والتـي تكـون متـوفرة بالصيدليات.

ويشعر بعض الأشخاص بأن القيء يفيد في التخفيف من حدة الألم. فعادة ما تكون المواد التي يتم التخلص منها مواد حمضية تميل إلى اللون الأخضر أو الأصفر. وتجدر الإشارة إلى أنه يُعتقد أن ذلك بمثابة مؤشر على الإصابة بقرحة الاثنا عشر (انظر الفصل الثاني)، إلا أن عملية القيء قد تحدث أيضًا في حالة الإصابة بالقرحة المعدية.

ويمكن القول إن الألم عادة ما يرتبط بتناول الطعام، ولكن بنسب مختلفة حسب الأشخاص أنفسهم. ففيما يتعلق بعدد قليل من الأشخاص، فإن مجرد تناول الطعام يؤدي إلى الشعور الفوري بالألم. والحقيقة أن ذلك قد يكون عرضًا من أعراض عسر الهضم العصبي أكثر منه دليلاً على الإصابة بالقرحة، على الرغم من أنه في بعض الأشخاص قد يشير إلى وجود قرحة في المعدة.

ومن الشائع في حالات الإصابة بالقرحة الشعور بالألم بعد ساعتين أو ثلاث ساعات من تناول إحدى الوجبات والإحساس بالجوع مرة أخرى، كما أنه لتخفيف ذلك الألم يتجه الشخص المريض إلى تناول وجبة خفيفة. وقد أدى تناول مثل هذه الوجبات من قبل العديد من المصابين بالقرحة إلى زيادة كبيرة في الوزن.

وبالنسبة لكثير من الحالات، فإن الشعور بالألم أصبح من روتين الحياة اليومية. ولا يبدأ هذا الألم في فترة الاستيقاظ أو

قبل تناول وجبة الإفطار ولكنه ينشط في فترة الظهيرة بصورة تدريجية ثم يزيد في الحدة مع مرور الوقت خلال اليوم حتى يصل إلى أقصى وطأة له في المساء. كذلك يتم التخفيف من حدة هذا الألم من خلال مضادات الحموضة أو تناول الطعام، كما أن الأشخاص المصابين بهذا النوع من الألم عادة ما يحملون أقراص مضادات حموضة طوال الوقت ويقومون بتناولها في عدة مرات معهم خلال اليوم. وفي حالة إصابتك بهذا النوع من الألم، فعليك باستشارة طبيب متخصص.

ويمكن القول إن أعراض القرح كافة تكون على حالة دورية، فهي قد تصيب المريض لمدة أيام أو أسابيع قليلة ثم تختفي لمدة قد تصل إلى شهور أو حتى عام أو عامين. وهناك العديد من مرضى القرح ممن يعانون من هذا النمط الدوري للألم الناتج عن الإصابة بالقرحة، ولكنهم لا يمكنهم تفسير سبب هذا التحسن أو الانتكاس في نوبات الإصابة بالقرحة.

وتجدر الإشارة إلى وجود عرض آخر فضلاً عن الألم والذي يشير إلى امتلاء الفم المفاجئ باللعاب (Waterbrash). كذلك يكون هناك شعور بالحرقة في منتصف الصدر خلف عظام الصدر مباشرة. كذا، يعد هذان العرضان من أعراض الفتق الفرجوي (Hiatus Hernia) والذي يشير إلى وجود قرحة في الجزء السفلي من المريء (انظر الفصل الثاني)، مما يدل على ضرورة وضع هذه الأعراض في الاعتبار عند محاولة تشخيص حالة أي مريض.

عسر الهضم

تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى الحديث عن عسر الهضم (Dyspepsia أو Indigestion). فالكثير من الناس يرجعون الآلام

التـي يعـانون منهـا بالمعـدة إلـى هـذا المـرض. وقـد ارتـبط اسـم المرض بشكل كبير بعمليات ترويج العقاقير الطبية. وعادة ما يصف الأشـخاص المصـابون بعسـر الهضـم ألمهـم علـى أنـه إحسـاس بالحرقة أو الانتفاخ أكثر منه مجرد إحساس مـؤلم عـادي بالرغبـة في قضم شـيء.

وعادة ما يتم اعتبار عسر الهضم على أنه شعور بالألم أو عدم الراحة في أعلى البطن أو منتصف الصدر ويكون مرتبطًـا بالطعـام. وبالتالي، يختلف الشعور بالألم الناتج عن كـل مـن عسـر الهضـم والقرحة في حدته ومدته الزمنية. ففـي حالـة عـدم معالجـة ألـم ناتج عن القرحة، فإن هـذا الألـم قـد يسـتمر بالحـدة ذاتهـا لمـدة ساعة أو أكثر. ولكن فيما يتعلق بعسـر الهضـم، فـإن الألـم يكـون أكثر حدة مع قصر فترته ويصاحبه تقلصات. وتجدر الإشارة إلى أنه يجب التمييز بين الألم الناتج عن عسر الهضم والقرحة عـن ذلـك الناتج عن الشعور بمغص (Colic) فـي الـبطن والـذي يكـون الألـم فيـه شـديدًا ثـم يختفـي ليعـاود الظهـور بعـد دقـائق معـدودة مـع الاسـتمرار في هذه الدورة من فترات الراحة والألم المتعاقبة.

وقد ينشـأ المغص من المـرارة (Gall Bladder) وقنـوات الصـفراء (Bile Ducts) أو الأمعاء الغليظة (Large Bowels). ويمكن القول إنه يتم الشعور بالمغص الناتج عن المرارة فـي الربـع الأيمـن العلـوي من البطن، أسفل ضلوع الصدر مباشرة. وقد يتم الشعور بـه فـي الجزء الأوسـط فـي منطقـة الشـعور بـألم القرحـة المعديـة، إلا أن هـذا الألـم لا يحـدث بأيـة حـال فـي الجانـب الأيسـر مـن الـبطن. ويمكن القول إن مغص الأمعاء يتم الشعور به بصورة أساسية في الجانب الأيسر السفلي من البطن، أسفل منطقة السرة. وتجـدر الإشارة إلى أن الألم الحادث أسفل منطقة السرة قد يعزى إلـى تهيج المثانة أو الأمعاء، ولكنه لا يكون بأي حال من الأحوال ناتجًـا عن القرحة المعدية.

ويمكن القول إن الأعراض الخاصة بعسر الهضم ليست في حد ذاتها مؤشرًا لوجود قرحة. فهناك احتمال أكبر بأنها نتيجة لما يسمى بالأمعاء العصبية والتي يحدث فيها اضطراب في الوظائف الهرمونية والعصبية المتحكمة في عملية الهضم عبر الأمعاء.

وعادة ما يشكو الأشخاص الذين يعانون من عسر هضم من الحموضة، على الرغم من أنه عند فحص العصارات المعدية (Stomach Juices) الخاصة بهم، يكون مستوى الحموضة طبيعيًا أو حتى أقل من المعدل الطبيعي. هذا، وتجدر الإشارة إلى أن الإعلانات التلفزيونية عن بعض أنواع العقاقير المعالجة لعسر الهضم الناتج عن زيادة الحموضة قد تكون مضللة لكثير من الناس. ولهذا، يجب على الأشخاص الذين لا يستطيعون تحمل تناول الأغذية المحتوية على نسبة حموضة مثل ثمرات البرتقال أو عصير البرتقال أن يدركوا أن العصارات المعدية لديهم أكثر حمضية من هذه الأطعمة والمشروبات.

ويعتقد آخرون أنه لا يمكنهم هضم أنواع معينة من الأغذية أو أنها لا تتفق وطبيعة أجسامهم. ولكن هذا ليس صحيحًا؛ فعند فحص العصارات المعدية الخاصة بهم، يتضح أن هذه الأطعمة يتم هضمها بسهولة كما هو الحال مع أي طعام آخر. كذا، فإنه في حالة إدخال الطعام (على سبيل المثال، الأطعمة المحمرة الغنية بالدهون وأنواع الجبن المختلفة) من خلال الأنبوب المعدي حتى لا يضطر المريض لتناولها وتكون غير معروفة له، فلا يوجد أي رد فعل غريب وستقوم المعدة بالتعامل مع هذا الطعام كما هو الحال مع أي أطعمة أخرى.

كذا، لا تعد الحساسية لبعض أنواع الأطعمة سببًا لعسر الهضم بمثل هذا القدر الذي يتصوره بعض الأشخاص. فقد أوضح الباحثون الذين قاموا بدراسة التفاعلات التي تحدث في المعدة

والاثنا عشر وبقية الأمعاء الأخرى أن الأطعمة المسببة للحساسية يتم هضمها بسهولة كما هو الحال بالنسبة للأطعمة الأخرى، كما أنها لا تسبب أي رد فعل غير طبيعي داخل المعدة. وتشير كل الدلائل إلى أن عسر الهضم الناتج عن الحساسية لبعض الأطعمة هاجس مسيطر على الشخص وليس له أي أثر فعلي. وقد يكون الاستثناء الوحيد في هذه الحالة – وهو نادر الحدوث - هو حساسية الأطفال الصغار للبن البقري والذي يسبب الإسهال وليس عسر الهضم.

وتتضمن الأمراض الناتجة عن الحساسية لبعض الأطعمة وجود اختلال غذائي بالمعدة (Celiac Disease) والذي يعد رد فعل للجلوتين (Gluten) وهو مكون من خليط من الدقيق والحبوب. وقد يؤدي ذلك أيضًا إلى حدوث إسهال وفقدان الوزن أكثر من كونه سببًا لحدوث عسر هضم. كذا، فإنه يؤثر على الأمعاء الدقيقة وليس المعدة أو الاثنا عشر.

تحديد السبب الفعلي للألم

بعد قراءة الفقرات السابقة، لعلك أدركت حقيقة أنك لا تستطيع تحديد السبب الرئيسي لألم المعدة من خلال الأعراض فقط. فمن المعروف أن آلام المعدة تختلف في حدتها ومدة استمرارها وموضعها وعلاقتها بالطعام والنوم والآثار الناجمة عنها.

وعلى الرغم من ذلك، فهناك بعض الإرشادات العامة التي قد تساعد في تمييز أعراض القرح عن تلك الخاصة بأمراض أخرى. وفي حالة معاناتك من أحد تلك المؤشرات الدالة على القرحة، فيجب عليك أن تفكر مليًا قبل المبادرة بالعلاج من عسر الهضم مع ضرورة استشارة الطبيب المختص وإجراء التحاليل والفحوص اللازمة.

وإليك بعض المؤشرات الدالة على إصابتك بقرحة:

- يكون الألم في منتصف المعدة، وليس في أحد الجوانب، فوق منطقة السرة، بالإضافة إلى الشعور بالرغبة في قضم شيء وهو ليس بالضرورة ألمًا حادًا، وهو يستمر لمدة ساعة أو أكثر، كما قد يظهر بين الحين والآخر ولكنه لا يصل إلى حدة المغص.
- في حالة تمركز الألم في منطقة واحدة لدرجة تمكنك من الإشارة إلى موضعه بإصبعك، فسيزداد احتمال كون هذا الألم ناتجًا عن الإصابة بالقرحة.
- يبدأ الألم عند الإحساس بالجوع وليس بعد تناول إحدى الوجبات بصورة مباشرة وهو يجعلك تستيقظ بالليل. وقد يزداد هذا الألم بصفة تدريجية خلال اليوم. ويتم تخفيف حدة هذا الألم من خلال تناول الطعام أو اللبن أو مضادات الحموضة وليس العكس.
- قد يكون الألم متكررًا مما يجعلك تتناول وجبات خفيفة لوقف حدة الألم، وبالتالي تحدث زيادة في الوزن وليس فقدانه.
- قد يظهر الألم لمدة أيام قليلة لبعض الوقت ثم يختفي لعدة أسابيع أو شهور أو حتى سنوات قبل حدوثه مرة أخرى.
- حتى في حالة وجود ألم بسبب القرحة، فلا يوجد هناك أي تألم عندما يقوم الطبيب بالضغط بقوة على موضع الألم. وقد يكون الاستثناء لهذا متمثلاً في حالة وجود مضاعفات.

أما عن المؤشرات الدالة على الإصابة بعسر الهضم العصبي، فهي كالتالي:

- يكون الألم في منتصف المعدة وأيضًا في بعض المناطق الأخرى في البطن، سواء في الجانب الأيمن أو الأيسر أو السفلي. وعادةً ما يبدأ الألم بصورة مفاجئة عقب تناول الطعام وخاصة تناول طعام معين يعاني المريض من حساسية تجاهه. ولا يتم تخفيف حدة الألم من خلال تناول مضادات الحموضة أو اللبن وليس بالطبع عن طريق تناول المزيد من الطعام.
- عادةً ما يكون الألم حادًا مثل الإحساس بحرقة؛ كما أنه يرتبط بالشعور بالانتفاخ والغثيان. ولا يمكن للمريض تحديد موضع الألم بشكل قاطع؛ ففي الغالب، لا يستطيع المريض تحديد موضع الألم بدقة مع إشارته لمواضع متفرقة في أعلى البطن باعتبارها منطقة الألم.
- لا يكون الألم ناتجًا عن الشعور بالجوع، كما أنه لا يؤدي إلى استيقاظك بالليل. فقد تجد نفسك تنام بصعوبة بسبب الإحساس بالعصبية والقلق.
- تكون الشهية للطعام طبيعية حتى بداية تناول الطعام ثم تشعر بالامتلاء بعد تناول ملعقة أو اثنتين وتبدأ بعد ذلك في فقدان الشهية. وقد تبدأ تناول الطعام ثم تتوقف تاركًا أغلب الطعام.
- قد تتضايق بسبب تجشئك المستمر. ولا يكون للريح رائحة أو يكون له رائحة الطعام الذي تناولته لتوك. وأحيانًا قد يتسبب الريح في حدوث انتفاخ بالمعدة. وبالطبع، لا يعد

التجشؤ أو الانتفاخ من علامات الإصابة بالقرحة أو مؤشراتها.

- عند تناولك لوجبات الطعام الثلاث اليومية، فقد تلقي اللوم على الطعام الذي تتناوله منذ عدة أيام وتعتبره سبب شعورك بالألم.
- عادةً ما يصاحب عسر الهضم العصبي وجود ألم في جزء كبير من المعدة. وفي حالة شعور المريض بالألم في أثناء فحص الطبيب دون وجود أي مضاعفات أخرى، فهذا مؤشر قوي على عدم وجود قرحة وأن التشخيص الصحيح هو الإصابة بعسر هضم عصبي.

ويصف اثنان من أشهر المتخصصين في أمراض الجهاز الهضمي، وهما إلوين إلياس (Elwyn Elias) وكليفورد هوكينز (Clifford Hawkins) الأعراض القياسية لعسر الهضم العصبي على النحو التالي:

"تحدث حساسية تجاه تناول بعض الأطعمة، وينتاب المرضى التردد حيال تناول الطعام؛ فهم يشعرون أن أنواعًا كثيرة من كل ما يتناولوه أو يشربوه – وفي بعض الأحيان، كل أنواعها – قد يسبب أعراض المرض. كذا، فإن رائحة الطعام قد تسبب مشكلات لهم. وقد صرحت إحدى المريضات أنها تستطيع الإحساس بوجود الطعام حتى إذا لم تكن تراه أو تشم رائحته. وفي المقابل، صرحت أخرى أن بعض أنواع لحم الضأن تسبب لها الشعور بالألم عن غيرها من الأنواع الأخرى. بالطبع، لا يمتلك كل الأشخاص مثل هذه المعدة القادرة على التمييز بين الأنواع المختلفة من الطعام."

هذا، وهناك أعراض أخرى لعسر الهضم العصبي مثل الغثيان والشعور بالنفور تجاه ارتداء ملابس ضيقة حول الوسط. كذلك، فقد يعاني المريض من حرقة بالصدر، ولكنها تختلف عن تلك الناتجة عن الإصابة بالقرحة، والتي تستمر فقط لدقائق معدودة. وتستمر هذه الحرقة لمدة ساعات، بل وقد تمتد لتشمل اليوم بأكمله.

ومن هنا، يمكن القول إن مرضى عسر الهضم العصبي يعانون من العديد من الاضطرابات التي لا تمت بصلة للمعدة أو عملية الهضم. وعادةً ما تتضمن شكواهم السرعة في الشعور بالتعب والأرق والدوار والصداع والاكتئاب. وفي المقابل، تكون الحالة الصحية العامة لمرضى القرح جيدة فيما عدا ما تسببه أعراض القرح من مشكلات.

بعض الاستثناءات لأعراض الإصابة بالقرح

بالطبع، هناك دائمًا استثناءات لأي تحليلات تذكر فيما يتعلق بالجوانب الصحية. فمن المعروف أن تناول الأطعمة الغنية بالدهون يسبب عسر هضم في بعض مرضى القرحة. ويمكن القول إن النفور المفاجئ من الأطعمة الدهنية مثل البيض أو الشيكولاته قد يكون العلامة الأولى على وجود قرحة بالاثنا عشر. وقد يكون هذا غريبًا إلى حد ما؛ حيث إن الأطعمة الدهنية لا تؤدي إلى زيادة الحموضة أو نشاط الأمعاء الزائد مما كان يعتقد بأنهما من أسباب حدوث القرحة.

ومن الملاحظ أنه فيما يتعلق ببعض مرضى القرحة المعدية - وليس قرحة الاثنا عشر - (انظر الفصل الثاني للتعرف على كل منهما)، فإن الألم يبدأ مباشرة بعد تناول الطعام مما يجعل القرحة

المعدية تتشابه مع عسر الهضم في هذه النقطة فقط. وعلى الرغم من ذلك، فإن له كل المواصفات الأخرى التي ذكرناها عن آلام القرح وليس آلام عسر الهضم العصبي.

ويمكن القول إنه في حالة تحول ألم القرحة من منتصف المعدة إلى أحد الجانبين، فمن المحتمل أن يكون ناحية الجانب الأيسر في حالة القرحة المعدية والجانب الأيمن في حالة قرحة الاثنا عشر، إلا أن هذا التحول لا يزيد عن مقدار بوصة أو اثنتين.

كذا، فإن القرح التي تصيب الجزء السفلي من المريء والمرتبطة بالفتق الفرجوي (انظر الفصل الثاني) قد تؤدي إلى الشعور بالألم في منتصف الصدر، كما أن هذا الألم قد يشبه الذبحة الصدرية (Angina) الناتجة عن مرض بالقلب. وقد يؤدي الانحناء للأمام أو الاستلقاء على الظهر إلى بداية الشعور بهذا الألم مما قد ينتج عنه الشعور بحرقة مستمرة بالصدر. وقد يختلف هذا الألم عن ذبحة الصدر (والشعور بالحرقة الناتج عن عسر الهضم)؛ حيث تخف حدته من خلال تناول مضاد للحموضة.

المضاعفات الخطيرة للإصابة بالقرحة

يمكن القول إن القرحة المعدية في حد ذاتها لا تعد مرضًا خطيرًا. فالعديد من الأشخاص يعانون من القرحة لسنوات دون أن تؤثر بدرجة كبيرة عليهم؛ فكل ما يشعرون به فقط حالة من عدم الراحة ونوبات متقطعة من الألم والتي يمكن معالجتها من خلال تناول العقاقير الطبية المناسبة. ولكن قد تظهر مضاعفات شديدة الخطورة قد تودي بحياة المريض، ومن ثم، يجب أن تكون على علم بهذه المضاعفات حتى يمكنك التعرف عليها وقت ظهورها والتوجه بأقصى سرعة ممكنة للطبيب المتخصص.

وقد تتسبب القرح في حدوث ثقوب في جدار المعدة أو نزيف داخلي أو انسداد، وإليك تفصيل ذلك في السطور القادمة.

ثقوب جدار المعدة

فيما يتعلق بحدوث ثقوب بالجدار المعدي (Perforation)، فإن القرحة قامت باختراق جدار المعدة أو الاثنا عشر، مما يسمح بمرور العصارات الهضمية خارج الأمعاء إلى التجويف البريتوني (Peritoneal Cavity) المحيط. وتكون النتيجة حدوث التهاب بالغشاء البريتوني (Peritonitis): فيجب نقل المصابين الذين تسببت قرحتهم في إحداث ثقوب بجدار المعدة بسرعة إلى المستشفى لإجراء جراحة عاجلة.

وتجدر الإشارة إلى أن أعراض حدوث ثقوب بالجدار المعدي تكون مفاجئة مما يتيح للمصابين تحديد الوقت الذي حدثت فيه. ويكون الألم أكثر حدة من المعتاد مما يضطرك إلى التوقف عن أي نشاط والاستلقاء على ظهرك. كذا، تؤدي أية حركة إلى زيادة حدة الألم. هذا، وقد يمتد الألم إلى الظهر أو طرف أحد الكتفين وذلك حسب تدفق العصارة المعدية سواء ناحية البنكرياس (Pancreas) أو لأعلى جهة الحجاب الحاجز (Diaphragm). كذلك، قد يتسبب ذلك في حدوث ألم في النصف السفلي من المعدة مما يشبه ذلك الخاص بالتهاب الزائدة الدودية (Appendicitis) أو عدوى بالحوض.

وتكون المعدة في حالتها الطبيعة حتى حدوث ثقوب في جدار المعدة عندما تأخذ عضلاتها في التصلب ويزيد عرضها. كذا، وقد تكون هناك صعوبة في التنفس بسبب انتشار الالتهاب وامتداده إلى الحجاب الحاجز وللجزء السفلي من الرئتين. ويمكن القول

إنه في خلال هذه الفترة التالية مباشرةً لحدوث ثقب يصاب المريض بحالة من الشحوب والعرق المتواصل بالإضافة إلى سرعة نبضات القلب.

وتجدر الإشارة إلى أنه بعد انقضاء فترة تتراوح من ساعة إلى أربع ساعات من حدوث الثقوب بجدار المعدة، فهناك فترة قصيرة يشعر خلالها المريض بالراحة وقلة حدة الألم، كما أنه في حالة عدم استدعاء الطبيب وقت الشعور بالألم، فقد يشعر بعدم الحاجة إليه. بالطبع، إن هذا خطأ جسيم؛ حيث إن هذه هي بداية حدوث التهاب بالغشاء البريتوني والذي قد يؤدي – إذا لم تتم معالجته بشكل سريع – إلى حدوث صدمة والتهاب شديد والموت.

النزيف

قد يكون النزيف أقل خطورة من حدوث ثقوب بجدار المعدة، إلا أنه قد يؤدي إلى الوفاة في حالة تجاهله أو عدم تشخيصه من قبل الطبيب المختص. ويمكن القول إن النزيف يحدث في حالة قيام القرحة بمهاجمة أحد الشرايين في جدار المعدة أو الاثنا عشر. وعلى الرغم من ذلك، فإن النزيف في حد ذاته لا يسبب ألمًا. ولكن قد يظهر على شكلين، وذلك اعتمادًا على كون فقد الدم فجائيًا وبكميات كبيرة أم متدرجًا ومستمرًا.

فيما يتعلق بالحالة الأولى، فإن النزيف يسبب هبوطًا مفاجئًا في ضغط الدم مع الإغماء والصدمة. وقد يصاحب ذلك حالة من القيء (والذي يسمى بالقيء الدموي - Haematemesis) لبعض المواد والتي هي عبارة عن دم تغير شكله بسبب الاختلاط مع الوسط الحمضي للمعدة والعصارات الهضمية الأخرى. وفي هذه

الحالة، يجب نقل المريض إلى المستشفى بسرعة لتعويض الدم المفقود ووقف النزيف. هذا، وإلى وقت غير بعيد، كان يتطلب هذا الأمر إجراء جراحة عاجلة، إلا أن المعالجة باستخدام العقاقير في الآونة الأخيرة أثبتت نجاحًا كبيرًا في امتثال العديد من المرضى للشفاء دون الحاجة لتدخل جراحي.

وفي أغلب الحالات، لا يسبب النزيف جدوث أزمة مفاجئة، إلا أنه يكون بمعدل مليليترات قليلة يوميًا. ولكن مع مرور الأسابيع والشهور، يزداد معدل فقد الدم مما يؤدي إلى إصابة المريض بحالة من الشحوب والأنيميا (Anemia). وقد تبدو الأعراض التي تجعل المريض يتوجه للعلاج أنها لا تمت بصلة للمعدة أو الاثنا عشر: فقد تكون الأعراض الخاصة بالأنيميا – بشكل أساسي، الإعياء والضعف العام وانقطاع النفس بعد بذل أقل مجهود. هذا، وتقوم تحاليل الدم بتأكيد وجود فقدان للدم، كما أن إجراء تحاليل للتأكد من وجود الدم في البراز ستكون إيجابية. وقد يكون لون البراز أسود غامق في حالة فقدان أكثر من ١٠ مليليترات من الدم يوميًا، ولكن ستظهر بعض الاختبارات التي تجرى على عينات من البراز فقدان كميات أقل من الدم. ويمكن القول إن فقدان أكثر من ٥ مليليترات من الدم يوميًا عبر فترات طويلة قد يؤدي إلى الإصابة بالأنيميا.

الانسداد

قد يكون القيء هو العرض الرئيسي لحدوث الانسداد (Obstruction) الناتج عن القرحة. ويحدث الانسداد نتيجة حدوث تقرحات في موضع القرحة المستمرة لفترة طويلة (عادةً ما تكون حول فم المعدة السفلي (Pylorus)، وهي نقطة الوصل بين

المعدة والاثنا عشر – انظر الفصل الثاني)، بتضييق الأمعاء في هذه النقطة مما يؤدي إلى تعذر مرور الطعام من خلال هذه النقطة. وتسمى هذه الحالة بضيق فم المعدة السفلي (Pyloric Stenosis).

وفيما يتعلق بالانسداد، فإن القيء قد يتضمن كميات ملحوظة من السوائل – وبخاصة العصارة المعدية، بالإضافة إلى الطعام غير المهضوم الخالي من الصفراء (Bile) (وذلك لعدم قدرته على العبور لأعلى متخطيًا الانسداد من الاثنا عشر إلى المعدة). وعادةً ما يقوم المريض بالتجشؤ كثيرًا وتكون الرائحة سيئة. وفي حالة وجود ألم، فقد يدل على وجود تقلص في أعلى المعدة أو شعور بالامتلاء والانتفاخ بها والذي يتم تخفيف حدته من خلال القيء.

وينتج عن الانسداد حالة من فقدان الشهية يصاحبها حالة من فقدان الوزن السريع والملحوظ. ويمكن القول إن أغلب مرضى الانسداد يعانون من حالة من الإمساك، في حين يعاني حوالي ربعهم من الإسهال. وبالمقارنة مع المرضى الذين يصابون بالنزيف والذين تسهل إثارتهم، فإن الانسداد يصيب الأشخاص بالخمول والضعف العام نتيجة للجفاف.

هل يمكن أن تكون القرحة خبيثة؟

تجدر الإشارة إلى أن القرح المعدية الحميدة لا تتحول إلى قرح خبيثة، ولذلك، فلا داع لقلق الأشخاص المصابين بأعراض القرحة أو عسر الهضم لمدة طويلة من احتمال إصابتهم بالسرطان. وعلى الرغم من ذلك، فإن القرح الخبيثة قد تظهر في

بعض الأشخاص ممن يعانون من قرح، ولذلك فمن الأهمية بمكان التعرف على بعض مؤشرات احتمالية الإصابة بالسرطان.

ويمكن القول إن مثل هذه الأنواع من السرطان تصيب المعدة بصفة خاصة، إلا أنها نادرًا ما تصيب الاثنا عشر. هذا، وقد تكون العلامات الأساسية متمثلة في فقدان الشهية (Anorexia) وشعور غريب بعدم الراحة والامتلاء في منتصف المعدة وفقدان الطاقة والحيوية وأيضًا فقدان الوزن. كذلك، قد يحدث تغير في شكل البراز مما يؤدي إلى حدوث إمساك أو إخراج براز ذي كثافة أقل من المعتاد. وفي حالة وجود ألم، فإن ذلك الألم يكون من النوع المستمر أكثر منه شعور بالحرقة الذي يكون في حالة عسر الهضم. وعادةً ما يتم الإحساس بهذا الألم في الظهر.

وتجدر الإشارة إلى أن أنواع السرطان التي تصيب المعدة يمكن أن تسبب نزيفًا داخليًا وصعوبة في البلع وقيء وثقوب في جدار المعدة وانسداد مما يوحي بالأعراض ذاتها الخاصة بالقرحة المزمنة. ويشكو أحيانًا المريض للطبيب المعالج من وجود ثقل مفاجئ في المعدة مع عدم وجود أعراض سابقة.

ومن المعروف أنه كلما كان اكتشاف السرطان في مرحلة مبكرة، كانت فرص العلاج أفضل، ومن ثم، ففي حالة اكتشافك لأي من الأعراض السابقة، يجب عليك استشارة الطبيب المختص على الفور. فلا يزال هناك احتمال الإصابة بقرحة حميدة؛ حيث إن معدلات الإصابة بالقرحة العادية تفوق الإصابة بالسرطان بنسبة عشرين إلى واحد، إلا أنه يجب عليك التخلص من الورم للحصول على أفضل فرصة للشفاء.

تحديد نوع القرحة

يمكن القول إنه طالما اعتاد الأطباء على تحديد موضع قرحة المريض من خلال الأعراض فقط. ولكن مؤخرًا تم اكتشاف أن هذه الطريقة ليست فقط صعبة - حيث إن القرحة المعدية وقرحة الاثنا عشر يشتركان في أعراض كثيرة، ولكنها أيضًا غير مفيدة على الإطلاق؛ حيث إن طريقة المعالجة هي ذاتها في كلتا الحالتين بصرف النظر عن موضع القرحة.

وتجدر الإشارة إلى أنه في بريطانيا تبلغ نسبة الإصابة بقرحة الاثنا عشر حوالي أربعة أو خمسة أضعاف نسبة الإصابة بالقرح المعدية. وفي بعض الدول الأخرى، هناك نسب مختلفة تمامًا؛ حيث تزداد نسبة الإصابة بالقرح المعدية في اليابان - على سبيل المثال - بشكل كبير عن تلك الخاصة بقرحة الاثنا عشر. وقد أظهرت النتائج أن الأشخاص الذين لديهم فصيلة دم O يكونون ٤٠ بالمائة أكثر عرضة للإصابة بقرحة الاثنا عشر في مقابل ٢٠ بالمائة بالنسبة للإصابة بالقرحة المعدية من الأشخاص ذوي فصائل الدم الأخرى مثل A وB وAB. والسبب في ذلك غير معلوم؛ فقد يكون بسبب أن جينات مجموعة الدم تؤثر بشكل كبير على طبيعة المخاط الذي يحمي المعدة والاثنا عشر من التقرح (انظر الفصل الثاني). وفضلاً عن ذلك، فإن مرضى السرطان المعدي تكون فصيلة الدم الخاصة بهم في الغالب من المجموعة A أكثر منها من المجموعة O.

كذا، هناك فرق جوهري بين القرح المعدية وقرح الاثنا عشر والذي يتمثل في مستوى الحمض في المعدة. ففيما يتعلق بالقرح المعدية، فإن مستويات الحمض تكون منخفضة وأحيانًا

غير موجودة تمامًا، إلا أنها تكون أعلى من المعدل الطبيعي في قرح الاثنا عشر. وعلى الرغم من ذلك، فقد يعاني بعض مرضى القرح المعدية من مستويات حمضية عالية: وذلك لأنهم يعانون من عرض زولينجر-إليسون (Zollinger-Ellison Syndrome)، وهي حالة سنعرض لها في الفصل الثاني.

الفروق بين الجنسين

هناك أيضًا فروق بين كل من الجنسين بالنسبة للإصابة بالقرح. فمن المعروف أن قرح الجهاز الهضمي بشكل عام - وخاصة قرحة الاثنا عشر - تكون أكثر شيوعًا في الرجال عنها في النساء. ويمكن القول إنه حتى فترة البلوغ تكون معدلات الإصابة بالقرح نادرة، وتكون معدلات الإصابة متساوية بين الفتيان والبنات. (ومن المهم أن يؤخذ احتمال إصابة الفتيان بالقرحة في الاعتبار في حالة الاستيقاظ المتكرر في الساعات المبكرة من الصباح مع الشكوى من ألم شديد بالبطن.)

هذا، وفيما يتعلق بالنساء، فيبدو أن الهرمونات داخل أجسامهن تحميهن من الإصابة بالقرحة، وتكون القرحة أقل حدة في حالة الإصابة. كذا، يخفف الحمل من حدة أعراض القرح. ولا يوجد فرق بين الجنسين فيما يتعلق بإفراز الحمض المعدي، كما أن فترة الحمل أو العلاج الهرموني لا يتدخلان في تقليل الإفراز الحمضي داخل المعدة.

الفصل الثاني

القرحة وعملية الهضم

يمكن القول إنه من أجل فهم مرض القرحة، فمن الضروري معرفة العلاقة بين المريء والمعدة والاثنا عشر وآليات الهضم (انظر الشكل ٢-١).

المريء

يمكن القول إن المريء (Esophagus) عبارة عن أنبوبة عضلية توجد في أقصى منتصف الصدر والتي تمتد من الحلق إلى المعدة. ففي البداية، نقوم ببلع الطعام والشراب من خلال القبض المتعمد لعضلات الحلق، إلا أن هذه العملية تستمر بدون أي تدخل منا بحدوث انقباض عضلي يؤدي إلى تدفق الطعام من المريء إلى المعدة. هذا، وليست للجاذبية أي تأثير على عملية البلع: فيمكنك الشرب بطريقة طبيعية مع الوقوف على الرأس. وهنا، يبدأ عمل المريء في ضمان تدفق السائل في الاتجاه الصحيح، حتى إذا كان هذا الاتجاه لأعلى تجاه المعدة.

ويعقب ذلك مرور الطعام إلى المعدة من خلال المريء عبر فجوة في الحجاب الحاجز (Diaphragm)، وهو جزء عضلي يفصل محتويات الصدر عن محتويات البطن. وهذه الفجوة عبارة عن حلقة عضلية تنقبض بدقة عند مدخل المعدة والذي يعرف بفم المعدة العلوي (Cardia)، مما يمنع أي تدفق معاكس لمحتويات المعدة إلى المريء مرة أخرى.

وفي حالة عدم وجود هذه العضلة التي تشبه الصمام في عملها، فإن الحمض والببسين (Pepsin) – وهو إنزيم هضم خاص بالمواد البروتينية – الخاصين بالمعدة يصلان إلى الغشاء الداخلي الرقيق للمريء ويؤدي ذلك إلى تآكله مسببًا التقرح. وهذا هو ما يحدث في حالة الفتق الفرجوي (Hiatus Hernia) (انظر الشكل ٢-٢).

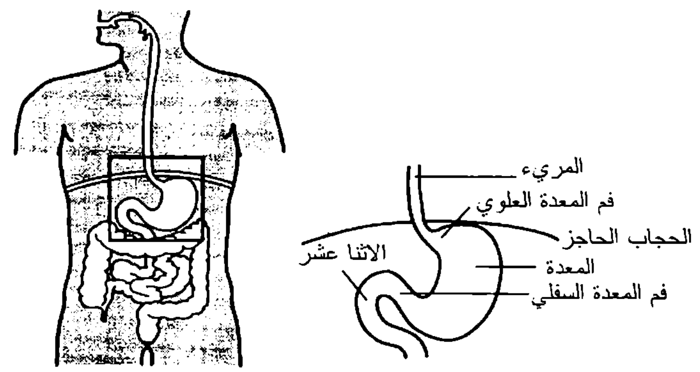
ويمكن القول إنه فيما يتعلق بحالة الفتق الفرجوي، فإن جزء من المعدة يكون خارج مكانه؛ فوق الحجاب الحاجز. وقد يسمح هذا بالتدفق العكسي للعصارات الهضمية من المعدة إلى المريء الذي، بخلاف المعدة، لا يحتوي على أية حماية ضد هذه العصارات. كذا، فإن التدفق العكسي يزيد بشكل واضح في حالة انحنائك للأمام أو الاستلقاء على الظهر ولكن تخف حدة الألم بشكل ملحوظ في حالة الوقوف في وضع مستقيم، ومن ثم، ينصح المرضى المصابون بهذه الحالة بمحاولة الحفاظ على الوضع القائم فترات كثيرة خلال اليوم وبوضع ثلاث أو أربع وسادات أسفل رأسهم في أثناء النوم. أما إذا حدث تهيج في الطرف السفلي للمريء نتيجة التدفق العكسي للحمض والببسين، فهذا ما يعرف بالتهاب المريء (Oesophagitis).

المعدة

يمكن القول إن المعدة (Stomach) عبارة عن كيس قابل للتمدد والذي يتم من خلاله خلط الطعام المار إليه من خلال المريء مع العصارات الهضمية المتمثلة في حمض الهيدروكلوريك (Hydrochloric Acid) والببسين. ومن هنا، يجب أن يتميز جدار المعدة بالتكوين العضلي وأن يقوم بعملية الخلط، كما يجب أن يكون مبطنًا بخلايا مفرزة للعصارات المعدية وأن يحتوي على بعض أنواع الحماية ضد الهضم الذاتي من قبل هذه العصارات.

ومن خلال فحص المعدة بالمنظار (Endoscope) – وهو عبارة عن أنبوبة مرنة مصنوعة من الألياف الضوئية، يكون لون بطانة المعدة أحمر يميل إلى اللون البرتقالي، وسيبدو جدار المعدة لامعًا لوجود طبقة من المخاط عليه. وهناك العديد من الطيات السميكة بالجدار المعدي والتي يقل سمكها في حالة امتلاء المعدة بالطعام أو السوائل. أما عن الجدار العضلي للمعدة، فهو في حركة مستمرة لهضم الطعام وضمان مروره ببطء إلى خارج المعدة من خلال فم المعدة السفلي (Pylorus) ثم إلى الاثنا عشر.

هذا، وتحتوي بطانة المعدة على الخلايا المفرزة للعصارات المعدية التي تبدأ عملية الهضم. وكثير من هذه الخلايا عبارة عن خلايا مولدة للإنزيمات (Zymogen Cells) والتي تفرز الببسينوجين (Pepsinogen) والذي يتحول إلى إنزيم الببسين بعد الاختلاط مع الحمض المعدي. ويقوم إنزيم الببسين بعد ذلك ببدء عملية هضم المواد البروتينية من الطعام - مثل اللحوم والأسماك والخضراوات. وبدون هذا الحمض، فإنه لا يقوم الببسينوجين بتكوين الببسين، ومن ثم، لا يقوم بهضم المواد البروتينية.



الشكل (٢-١): رسم يوضح بعض أجزاء الجهاز الهضمي

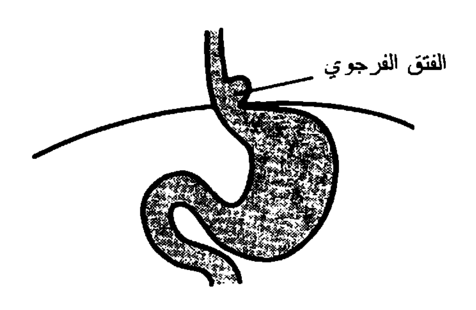
وبجانب الخلايا السابقة، توجد خلايا حمضية مسئولة عن إفراز حمض الهيدروكلوريك. ويمكن القول إن هذا حمض قوي جدًا - فالرقم الهيدروجيني الخاص به هو ١ - وهو تركيز قد يؤدي إلى احتراق الجلد إذا سقط عليه. ويختلف الأشخاص بالنسبة لعدد هذه الخلايا المفرزة للحمض؛ فقد يفوق عددها المعدل الطبيعي بمراحل في الأشخاص المصابين بقرحة الاثنا عشر – في مقابل غيابها في الأشخاص المصابين بالقرحة المعدية.

وفيما يتعلق بالخلايا الأخرى الحيوية الموجودة في جدار المعدة الطبيعية، فهناك الخلايا المفرزة للمخاط. وتجدر الإشارة إلى التصاق المخاط بسطح جدار المعدة مما يؤدي إلى تكوين مانع لوقف اندفاع الأحماض. كما يحتوي المخاط على مركب البيكربونات، وهي مادة قلوية لمعادلة الحمض ووقف نشاط إنزيم الببسين؛ وهو عمل مزدوج من شأنه توفير حماية إضافية لجدار المعدة.

ومن هنا، يمكن القول إن المعدة دائمًا بين حدين. فيجب عليها أن تقوم بإنتاج كمية كافية من الحمض والببسين لبداية عملية الهضم. وعلى الجانب الآخر، يجب أن تقوم أيضًا بإنتاج كمية كافية من المخاط والبيكربونات لمنع الحمض والببسين من هضم الغشاء الداخلي لها. وعلى هذا، فإن أي شيء يؤدي إلى توقف حماية البيكربونات والمخاط سيسمح بدخول الحمض والببسين إلى بطانة المعدة، والتي سيتم هضمها كبقية أنواع الطعام بصورة عادية جدًا. ويطلق على هذه العملية التي يتم فيها الهضم الذاتي اسم القرحة (انظر الشكل ٢-٣).

وتجدر الإشارة إلى أن المعدة محصنة ضد حدوث هذه العملية من خلال سلسلة معقدة من الإشارات العصبية والكيميائية التي

تبدأ حتى قبل دخول الطعام إلى المعدة. فعلى سبيل المثال، تتسم نشاط المعدة بين الوجبات بالهدوء النسبي؛ فإفراز الحمض والببسين يكون في أقل معدل لهما، بل وقد يتوقف تمامًا. وبالطبع، يحدث هذا الأمر بشكل طبيعي في أثناء النوم: ففي حالة الأشخاص الذين لا يعانون من القرح، يكون هناك هبوط كبير في نسبة إفرازات المعدة من الحمض والببسين، ومن ثم، تتسم عملية الهضم بالبطء وتتوقف المعدة عن النشاط.



الشكل (٢-٢): رسم لتوضيح الفتق الفرجوي

ويمكن القول إن عملية تنشيط آليات الهضم في المعدة تبدأ مع الجوع ورؤية الطعام أو شم رائحته. ويؤدي هذا إلى إفراز اللعاب في الفم ثم بدء إفرازات المعدة. وفيما يتعلق ببدء إفرازات المعدة، فهي تنشأ عن تنبيه العصب الحائر (Vagus Nerve) – والذي يمتد من المخ إلى جدار المعدة مباشرةً. هذا، ويؤدي تنبيه هذا العصب إلى تنشيط الخلايا المفرزة لكل المكونات المتمثلة في الحمض والببسينوجين والمخاط والبيكربونات، وهي المكونات الضرورية لعملية الهضم وحماية جدار المعدة.

ومع دخول الطعام إلى المعدة عبر المريء، فإن احتكاكه مع النصف السفلي من المعدة يدعم عملية الهضم: فيتسبب ذلك في قيام خلايا بطانة المعدة هناك بإفراز هرمون الجاستيرين (Gastrin) في مجرى الدم، مما يؤدي بدوره إلى قيام خلايا بطانة المعدة الأخرى بإفراز كمية أكبر من الحمض والببسين. ومع بداية وصول الطعام المهضوم بطريقة جزئية إلى الاثنا عشر، الموجود في أسفل المعدة، يتم إفراز المزيد من الجاستيرين من خلال الخلايا الداخلية للاثنا عشر. كذا، قد يؤدي ذلك إلى إفراز خلايا بطانة المعدة لمزيد من الحمض والببسين.

في البداية، تكون المعدة بمثابة مخزن يتم من خلاله الاحتفاظ بالطعام لضمان إتمام عملية المزج التام بين الطعام والعصارة المعدية. ويعقب ذلك مرور المزيج ببطء إلى خارج المعدة: فم المعدة السفلي ثم الاثنا عشر، بحيث ينتقل من اثنين إلى خمسة بالمائة من محتويات المعدة – والتي تتحول إلى الشكل السائل - إلى الاثنا عشر كل دقيقة. ويمكن القول إن المعدة بمثابة مضخة منتظمة؛ فهي تضخ نسبة من محتوياتها بمعدل ثابت عبر فم المعدة السفلي بعد كل وجبة حتى يتم تفريغ محتوياتها بالكامل.

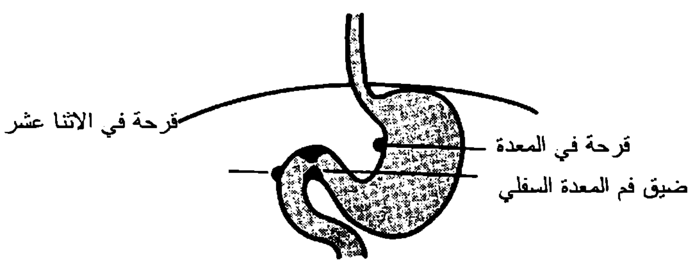
وفيما يتعلق بسرعة المعدة في تفريغ محتوياتها، فإنها تعتمد على طبيعة الطعام بداخلها. فالمواد السكرية والنشوية تقوم المعدة بتفريغها بسرعة في مقابل المواد الدهنية التي تجد المعدة صعوبة في التخلص منها. (وقد يفسر هذا الإحساس الشائع بأن الوجبات الصينية والتي تتكون بصفة أساسية من النشويات يتم هضمها بسرعة لأنها تستمر في البطن لمدة محدودة في مقابل الأسماك والبطاطس المحمرة والتي تتكون

من مواد دهنية بصفة رئيسية والتي تستمر لفترة أطول). وبالإضافة إلى ذلك، تترك السوائل المعدة بشكل أسرع من الأطعمة.

كذلك، تتدخل المشاعر في قدرة المعدة على إفراغ محتوياتها. فالحزن قد يبطئ من هذه العملية، في حين يسرع الغضب من إيقاعها؛ وقد يفسر ذلك عزوفنا عن تناول الطعام في حالة شعورنا بالاكتئاب، على العكس من الشراهة في تناول الطعام في حالة العصبية والغضب.

كذلك، يتم إفراغ محتويات المعدة بشكل أسرع في الأشخاص المصابين بقرحة الاثنا عشر، عدا حالة تسبب القرحة في حدوث تقرح في فم المعدة السفلي أو الجيب (Antrum) (وهو آخر جزء من المعدة)، وإعاقة المرور السلس لخليط الطعام والعصارة المعدية. وقد يسبب التقرح ضيق فم المعدة السفلي (Pyloric Stenosis). (انظر الشكل ٢-٣). ويمكن القول إن تفريغ المعدة لمحتوياتها يكون طبيعيًا في الأشخاص المصابين بقرحة معدية.

ويعد فم المعدة السفلي، شأنه في ذلك شأن فم المعدة العلوي الواقع عند مدخل المعدة من ناحية المريء، بمثابة صمام تحكم. فيحدث انقباض للعضلات في جدار فم المعدة السفلي لمنع اندفاع المحتويات بشكل عكسي إلى المعدة بعد انتقالها إلى الاثنا عشر.



الشكل (٢-٣): أنواع القرحة والمشكلات التي قد تتسبب فيها

الاثنا عشر

يمكن القول إنه بعد تجاوز فم المعدة السفلي، يختلف الوسط في الاثنا عشر (Duodenum) تمامًا عن ذلك الموجود بالمعدة. فمع زيادة حمضية محتويات المعدة وبدء دخول المواد السكرية والدهنية إلى الاثنا عشر بكميات كبيرة، فإن نوعية الإشارات تتغير؛ بحيث تتلقى المعدة إشارة بالتوقف عن إفراز الحمض، كما يتم تنبيه الاثنا عشر لإفراز هرمون السكريتين (Secretin) في مجرى الدم. هذا، ويقوم هذا الهرمون بتحفيز البنكرياس (Pancreas)، على إفراز عصارات قلوية هاضمة في الاثنا عشر. وتقوم هذه العصارات القلوية بمعادلة أي كمية متبقية من الحمض وتوقف أي نشاط لإنزيم الببسين من المعدة. وتقوم الصفراء بدعم هذه العصارات والتي تندفع في الوقت ذاته إلى داخل الاثنا عشر من الكبد.

وفيما يتعلق بالجزء الأخير من الاثنا عشر وما بعده، فإن محتويات الأمعاء تغلب عليها الصبغة القلوية وليست الحمضية، كما أن احتمالية حدوث قرحة معدية أسفل الأمعاء من خلال الجزء المتبقي من الأمعاء الدقيقة لم يعد يمثل أية مشكلة.

كيفية حدوث الاضطرابات

لقد اتضح لك مما سبق مدى تعقد النظام المسئول عن إيجاد توازن بين إتمام عملية الهضم وحماية المعدة، كما أنه من الواضح أن هناك العديد من الأجزاء داخل النظام يمكن أن تحدث داخلها مشكلات. فقد يكون هناك إفراز زائد للحمض أو الببسين. كذلك، قد تضعف مقاومة الغشاء المخاطي للحمض والببسين، هذا بالإضافة إلى إمكانية حدوث اختلال في التوازن بين البيكربونات والمخاط من جهة والحمض والببسين من جهة أخرى وذلك نتيجة لتناول بعض العقاقير أو حدوث عدوى.

وهناك بعض الخرافات التي تسيطر على الكثير منا بالنسبة للأسباب الخاصة بالإصابة بالقرح المعدية والتي يجب علينا تفنيدها. فعلى سبيل المثال، كان يعد تناول الوجبات بشكل غير منتظم والأطعمة المتضاربة والعناية السيئة بالأسنان والفم وتناول الكحوليات والتدخين من الأسباب المؤدية لحدوث القرحة، ولكن لم يتم إثبات صحة أي منها. أما عن التدخين، فقد يؤدي إلى سوء حالة الشخص المصاب بالقرحة بالفعل، ولكنه لا يكون السبب في حدوثها من الأساس. كذلك، فإن تناول الكحوليات قد يتسبب في حدوث التهاب المعدة (Gastritis) والمتمثل في تهيج البطانة الداخلية للمعدة، إلا أنه لا يسبب القرحة المعدية أو قرحة الاثنا عشر. وعلى الرغم من ذلك، فإنه - شأنه شأن التدخين – قد يؤدي إلى سوء حالة الشخص المصاب بالقرحة بالفعل.

الإفراز الزائد للحمض وإنزيم الببسين

يمكن القول إنه فيما يتعلق بالكثير من مرضى قرحة الاثنا عشر، فإن المشكلة قد تتمثل في الإفراز الزائد للحمض من جانب الخلايا الحمضية. وفي المقابل، فقد تكمن المشكلة بالنسبة لآخرين في عدم هبوط مستوى إفراز الحمض الذي يحدث في أثناء الليل، ومن ثم، فإنه خلال ساعات النوم، يتم إفراز الحمض من المعدة إلى الاثنا عشر بشكل منتظم دون وجود أي أثر معادل للطعام أو العصارات القلوية الخاصة بالبنكرياس. وقد يساعد هذا في توضيح السبب في استيقاظ العديد من مرضى القرح نتيجة الألم بالليل.

ويبلغ أعلى مدى لإفراز الحمض في عرض زولينجر-إليسون (Zollinger–Ellison Syndrome). فيعاني المصابون بهذا العرض من وجود أورام (والتي عادةً ما تكون حميدة) في البنكرياس والذي يقوم بإفراز كميات كبيرة من الجاستيرين في مجرى الدم. وتستجيب المعدة للجاستيرين من خلال إفراز كميات كبيرة من الحمض، والذي يؤثر بدوره على الحماية التي يوفرها المخاط والبيكربونات لبطانة المعدة. هذا، وقد كان يتم اعتبار هذا العرض حتى وقت قريب على أنه مهدد لحياة المريض؛ حيث يتسبب في حدوث قرحة حادة في المعدة والاثنا عشر، مع وجود احتمال كبير لحدوث ثقوب بجدار المعدة أو نزيف. وتجدر الإشارة إلى أنه مع صعوبة اكتشاف أورام البنكرياس أو إزالتها، فقد كان أفضل علاج ممكن يتمثل في الاستئصال الكامل للمعدة؛ ولكن نتيجة للتقدم العلمي توجد الآن عقاقير تستخدم لمعادلة تأثير الجاستيرين. وسيتم توضيح ذلك بتفصيل أكثر في الفصل الخاص بالمعالجة باستخدام العقاقير الطبية.

ويمكن القول إن الإسهال يعد من المؤشرات الرئيسية لعرض زولينجر-إليسون، والذي قد يبدأ قبل أعراض القرحة ذاتها. وقد يكون ذلك نتيجة إفراز كمية كبيرة من الحمض من خلال المعدة والتي تنتقل إلى الاثنا عشر بحيث لا يمكن معادلتها من خلال عصارات البنكرياس القلوية أو الصفراء. ويؤدي هذا إلى جعل محتويات الأمعاء الدقيقة أسفل الاثنا عشر تتميز بالحمضية أكثر من القلوية، مما ينتج عنه اختلال التوازن داخل الأمعاء. وتكون النتيجة الطبيعية لذلك هي الإسهال. وفي حالة تزامن حدوث الإسهال وأعراض حادة للقرحة، فقد يكون دليلاً على حدوث هذا العرض، إلا أنها في الوقت ذاته قد تشير إلى الزيادة المفرطة لإفراز الحمض من خلال أعداد كبيرة من الخلايا المفرزة للحمض بما يفوق المعدل الطبيعي الخاص بالمعدة.

حماية غير فعالة

يمكن القول إن مستويات الحمض وإنزيم الببسين داخل المعدة في أغلب الأشخاص الذين يعانون من القرح المعدية وفي القليل من مرضى قرحة الاثنا عشر تكون في معدلاتها الطبيعية. وتكون مستويات الحمض منخفضة جدًا في عدد كبير من مرضى القرح المعدية. ومن هنا، يجب البحث عن أسباب أخرى لحدوث القرحة غير الإفراز الزائد للحمض. وبالطبع، ستكون الحماية المخاطية هي أول ما يتبادر إلى الذهن. فقد ذكرنا أن الغشاء المخاطي يفقد تأثيره الواقي المضاد للحمضية في المراحل المتأخرة من المرض الحاد. فمن المعروف أنه يحدث في الحالات المتأخرة تآكل مضاعف لجدار كل من المعدة والاثنا عشر والذي يكون نتيجة لفقد المخاط وليس للإفراز الزائد للحمض وإنزيم

الببسين. ويمكن القول إن هذا ليس قياسيًا في كل حالات الإصابة بالقرحة التي لا توجد بها أية مشكلات في الغشاء المخاطي.

وعلى الرغم من ذلك، فيمكن أن يحدث تحلل للغشاء المخاطي بسبب بعض المواد الكيميائية مثل العقاقير أو الكحوليات أو حتى بسبب أحماض الصفراء التي يقوم بإفرازها كبد المريض.

وقد يكون من الأهمية بمكان في هذا الموضع فهم دور الأسبيرين (Aspirin) وغيره من العقاقير المضادة للروماتيزم والتهاب المفاصل (Arthritis) في الإضرار بآلية الحماية المضادة لحدوث القرحة. وتجدر الإشارة إلى أنه يتم تحفيز إفراز المخاط ومحتوي البيكربونات الخاص به من خلال مادة تسمى البروستجلندين إي ٢ (Prostaglandin E2)، والتي تتكون في جدار المعدة. كذلك، تتكون البروستجلندين في مناطق أخرى من الجسم – وخاصة في المفاصل – عند الإحساس بالألم أو الالتهاب؛ هذا، ويقوم الأسبيرين والعقاقير الأخرى المضادة للالتهاب - مثل الإيبوبروفين (Ibuprofen) والإندوميثاسين (Indomethacin) والنبروكسين (Naproxen) - بتخفيف حدة الألم من خلال منع تكون مادة البروستجلندين.

ويساعد منع تكون أنواع مادة البروستجلندين في تخفيف حدة الألم في المفاصل المصابة بالالتهاب، إلا أن ذلك يضر تمامًا بالمعدة؛ حيث إن عدم إفراز هذه المادة يقلل من تأثير الغشاء المخاطي أو يوقف عمله تمامًا. وتكون النتيجة حدوث تآكلات عديدة وصغيرة في جدار المعدة وظهور أعراض القرحة المعدية.

وعلى هذا، يجب على مرضى القرحة تجنب تناول العقاقير (والتي تسمى بالعقاقير المضادة للالتهاب وغير المحتوية على مادة الستيرويد – NSAID) التي يعرفون أنها ستضر بمعدتهم. ويقوم العديد من مصنعي العقاقير الطبية بتصنيع هذه العقاقير في كبسولات أو حتى على هيئة لبوس والتي يتم تصميمها بحيث تضمن عدم تهيج المعدة، ولذلك في حالة معاناتك من هذه المشكلة، عليك التحول إلى استخدام مثل هذه الأنواع المناسبة لك.

وهناك طريقة أخرى حاول مصنعو العقاقير الطبية تجربتها لتجنب حدوث قرح في الأشخاص المضطرين لتناول جرعات من عقاقير NSAID بصورة منتظمة وهي دمجها مع نوع من مادة البروستجلندين إي ٢، وهو الميسوبروستل (Misoprostol). ولكن ما زال السؤال قائمًا وهو: هل سينجح هذا التركيب من الناحية العملية كما في النظرية؟

كذا، فإن العقاقير المشتملة على الستيرويد (Steroid) مثل البريدنيسيلون (Prednisolone) أو الكورتيزون (Cortisone) والتي يتم تناولها عن طريق الفم لفترات طويلة يمكنها أن تسبب كذلك قرحًا مزمنة في المعدة والاثنا عشر، وقد يكون ذلك من خلال القضاء على آلية الحماية الخاصة بالغشاء المخاطي. ولكن يجب أن تكون الجرعة المتناولة من هذه العقاقير كبيرة لإحداث القرحة، والتي عادةً ما تكون أكثر من ١٥ مليجرام من مادة البريدنيسيلون يوميًا. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الجرعة تعد عالية جدًا وخاصة في الوقت الحاضر؛ فعلى سبيل المثال، فيما يتعلق بمرض الربو (Asthma)، فإن كل العقاقير المشتملة على الستيرويد يتم تناولها من خلال جرعات قليلة جدًا عن طريق الاستنشاق

مباشرة إلى الرئة، كما أنه فيما يتعلق بالتهاب المفاصل، فقد تم تخفيض جرعة الستيرويد في العقاقير الجديدة إلى ما يقرب من ٢,٥ أو ٥ مليجرام يوميًا أو بشكل متناوب.

وتجدر الإشارة إلى أن تناول الكحوليات يؤدي أيضًا إلى تدمير آلية حماية الغشاء المخاطي، ومن ثم، ففي حالة تعرضك للإصابة بالقرحة، فيجب عليك تجنب هذه المشروبات تمامًا. ويمكن القول إن مادة النيكوتين (Nicotine) الموجودة بالسجائر تحتوي على تأثير مدمر مشابه يصيب الغشاء المخاطي للمعدة. بالطبع، فإن التوقف عن التدخين يساعد على الحد من الانتكاسات الخاصة بتكرار ظهور أعراض القرح مرة أخرى.

بكتيريا الهليكوبكتر بيلوري وعلاقتها بالقرحة والالتهاب المعدي

يمكن القول إنه لا يمكن تقديم تفسير كامل عن كيفية حدوث القرحة دون التحدث عن بكتيريا الهليكوبكتر بيلوري. ويمكن القول إن هذه البكتيريا توجد في المعدة فقط وتكون ملتصقة بالغشاء المخاطي وهي الطبقة المبطنة للخلايا. وقد ثبت أن لهذه البكتيريا علاقة قوية ببداية ظهور قرحة الاثنا عشر ونوبات إعادة ظهور أعراضها، كما أن القضاء عليها من خلال العقاقير يخفف من أعراض القرحة. ولكن لا يزال التفسير الخاص بمسئولية هذه البكتيريا في إحداث القرح غير كامل، ولكن لهذه البكتيريا علاقة واضحة بالقرح، ولذلك، سيتم تناولها بالتفصيل في الفصل القادم.

الفصل الثالث

بكتيريا الهليكوبكتر بيلوري وعلاقتها بالقرحة

في أبريل من عام ١٩٨٢، قام دكتور بي جي مارشال (B. J. Marshall)، وهو طبيب صغير السن يتدرب في قسم الجهاز الهضمي بمستشفى بيرث الملكية الواقعة بغرب استراليا، بترك عينة مأخوذة من معدة مريض بالقرحة تم عمل مزرعة بكتيرية لها لمدة خمسة أيام. وقد كانت هذه العينة رقم ٣٥ من العينات التي قام الطبيب بوضعها في ظروف مماثلة. وقد فشلت العينات الأربع والثلاثون السابقة في زرع أي كائنات حية بعد تركها لمدة يومين، ومن ثم، فقد تم التخلي عن هذه العينات. وبعد فحص العينة الخامسة والثلاثين في ١٤ من أبريل من العام ذاته، تم اكتشاف أن العينة قامت بتنمية نوع من البكتيريا مقوس الشكل. ومنذ هذا الحين، تمت زيادة فترة ترك العينات في المزارع البكتيرية إلى خمسة أيام، كما قامت ١١ عينة أخرى بتنمية هذا النوع الجديد من البكتيريا.

لقد تم اكتشاف وجود بكتيريا من خلال عينات من المعدة منذ زمن بعيد وخاصة في عام ١٨٧٤ من قبل دكتور بوتشر (Bottcher)، إلا أنه قام بوصف هذه العينات على أنها كائنات حلزونية وليست مقوسة، وقد لا تكون تلك الكائنات هي نفسها التي قام باكتشافها دكتور مارشال. وعلى الرغم من ذلك، في عام ١٩٧٥،

قام دكتور إتش دبليو استير (H. W. Steer) في بريطانيا بالحديث عن وجود بكتيريا حلزونية قصيرة بأعداد كبيرة ملاصقة لخلايا بطانة المعدة، كما أنه في عام ١٩٧٩، قام الفريق الطبي في مستشفى بريث بوصف نوع مشابه من البكتيريا، إلا أنه ذكر أنها حلزونية الشكل وليس مقوسة، كما في الوصف الحالي لها.

وقد أوضح عالم البكتيريا في هذا الفريق، والذي يدعى دكتور جي أر وارين (J. R. Warren)، أن البكتيريا الجديدة تم اكتشافها في مناطق الالتهاب المعدي ملتصقة بجدار المعدة – وقد اتضح ذلك من خلال الأعداد الكبيرة من كرات الدم البيضاء المتجمعة في هذه المناطق للتعامل مع العدوى. وفي عام ١٩٨١، قام الفريق بفحص عدد من العينات من معدة بعض المصابين بمرض قرح المعدة، وقد أظهرت هذه العينات وجود أعداد كبيرة من البكتيريا مقوسة الشكل، بالإضافة إلى العلامات التقليدية للالتهاب المعدي. ومن هنا، ظهر التساؤل الآتي: هل يمكن أن تكون هذه البكتيريا هي السبب في العدوى والالتهاب المعدي والقرح كما أوضح الفحص الذي تم للعديد من العينات؟

ومن خلال المصادفة البحتة، تم إعطاء أحد المرضى المشاركين في الدراسة عقار التيتراسيكلين (Tetracycline) وهو عقار مضاد حيوي لعلاج العدوى. وقد أدى ذلك إلى اختفاء أعراض القرحة الخاصة به، كما أظهرت عينة أخرى منه اختفاء الالتهاب المعدي والبكتيريا. وقد كان ذلك هو الدافع والحافز لقيام دكتور مارشال بدراسته. فقد كان يتحتم عليه إيجاد طريقة لإنماء البكتيريا في المعمل حتى يمكن فحصها بطريقة تفصيلية أكثر. وقد أدى ذلك إلى مزرعة البكتيريا الشهيرة التي قام بتطويرها في عام ١٩٨٢.

وبحلول عام ١٩٨٥، قدم دكتور مارشال تقريرًا تفصيليًا عن حالة ٢٦٧ مريضًا يعانون من القرح المعدية وقرح الاثنا عشر والمصابين بالبكتيريا الجديدة التي تم تسميتها الكامبيلوبكتر (Campylobacter)، إلا أنه تم تغيير المسمى العلمي لها إلى الهليكوبكتر بيلوري (Helicobacter Pylori) واختصاره HP. وقد قام بتطبيق التجربة الطبية على نفسه. فقد قام بإنماء بكتيريا HP في معمله ثم تناول جرعة كبيرة منها. وفي خلال أيام، ظهرت عليه أعراض قرحة حادة، كما أظهر الفحص بالمنظار أنه يعاني من التهاب معدي حاد والذي عادة ما يصاحب القرح. ولم يكن يعاني هذا الطبيب من أية مشكلات بالمعدة قبل ذلك الوقت. وبعد عدة أيام من الألم وتعريض نفسه للخطر، تم إقناعه بمعالجة نفسه من خلال تناول مجموعة متنوعة من المضادات الحيوية للقضاء على البكتيريا. وبالفعل، قامت المضادات الحيوية بالقضاء على كل الأعراض وتم علاج معدته والاثنا عشر تمامًا.

ولكن كيف تسبب بكتيريا HP الإصابة بالقرحة؟ لفهم ذلك جيدًا، يجب اكتشاف كل ما يتعلق بها - بدايةً من كيفية إيجاد مكان لها في هذه البيئة شديدة الحمضية إلى الطريقة التي تقوم من خلالها بإحداث اختلال في التوازن بين عملية الهضم والحماية في المعدة. وقد تم التوصل إلى نتائج عديدة في هذا الموضوع في فترة قصيرة: فهناك في الوقت الحالي ما يقرب من ١٠٠٠ نشرة طبية عن بكتيريا HP كل عام، وعلاقتها الملحوظة بالإنسان والذي يعد العائل الوحيد المعروف لنا حتى الآن.

مرضى بكتيريا HP

يمكن القول إن عدوى بكتيريا HP عبر أنحاء مختلفة من العالم تجد لها بيئة مناسبة في المناطق الفقيرة والمزدحمة. ففي

الدول النامية، ترتفع نسبة المواليد المصابين بهذه البكتيريا بعد الولادة مباشرةً، كما أن ما يقرب من ٨٠ إلى ٩٠ بالمائة من الأشخاص في الدول النامية يعانون من هذا الوباء بمجرد بلوغهم سن العشرين. ويظل هذا المعدل المرتفع كما هو في مراحل العمر التالية.

في المقابل، وفي الدول المتقدمة، ينخفض معدل العدوى إلى أقل من ٢٠ بالمائة في الأشخاص أقل من ٣٠ عام. ولكنه يرتفع بعد ذلك بمعدل ١ بالمائة سنويًا حتى يبلغ ٦٠ إلى ٧٠ بالمائة عند بلوغ سن السبعين. هذا، وتختلف معدلات العدوى بين الدول المتقدمة؛ حيث تبلغ المعدلات أدنى حد لها في الدانمارك وأعلى حد في اليابان. وأما بريطانيا، فمعدلات الإصابة بها منخفضة نسبيًا؛ فهي أقل من معدلات بعض الدول مثل بلجيكا وألمانيا واليونان وبولندا، ولكنها أعلى من معدلات الولايات المتحدة.

كذلك توجد بعض الاختلافات داخل الدولة الواحدة. فحتى في الدول المتقدمة، فإن الأشخاص الذين تمت تنشئتهم في مناطق فقيرة في بيوت أو مؤسسات مزدحمة يكونون أكثر عرضة للإصابة بعدوى بكتيريا HP من الأشخاص القاطنين في الأحياء الأفضل حالاً، بصرف النظر عن أحوالهم الاقتصادية الحالية. ويمكن القول إنه لا توجد علاقة بين الإصابة بعدوى بكتيريا HP والنوع أو التدخين أو فصيلة الدم أو تناول الكحوليات. فمحبو اللحوم ليسوا أكثر عرضة لخطر الإصابة من الأشخاص النباتيين.

وقد يوضح كل ذلك أن العدوى تبدأ في أغلب الحالات في مرحلة الطفولة ثم تنتقل من فم لآخر أو نتيجة تناول طعام ملوث.

وعلى الرغم من ذلك، فإن الافتراضات بوجود علاقة بين الإصابة بالعدوى وسوء الظروف الصحية يجب أن تفسر سبب زيادة معدلات الإصابة في اليابان بسبب الازدحام، على الرغم من الحالة الصحية العامة الجيدة بها.

بكتيريا HP والالتهاب المعدي

تجدر الإشارة إلى أنه فيما يتعلق بالأشخاص الذين لا يعانون من أي أعراض للقرحة – أو من أي أعراض على الإطلاق، فإن عدوى HP تتسبب في حدوث حالة من الالتهاب في المعدة تسمى بالالتهاب المعدي السطحي المزمن. ويستمر هذا الالتهاب مع بقاء هذه البكتيريا في المعدة.

وقد تمت دراسة الالتهاب المعدي هذا لسنوات عديدة وذلك قبل اكتشاف العلاقة بينه وبين بكتيريا HP. وقد اكتشف باحثون من الدول الاسكندنافية - بعد متابعة العديد من المرضى المصابين به - أنه في عدد قليل منهم تغير تدريجيًا ليتحول إلى التهاب معدي حاد مع ضمور الغشاء المخاطي للمعدة، حيث يتم تدمير خلايا بطانة المعدة بالإضافة إلى توقف إفراز الحمض وإنزيم الببسين وأيضًا المخاط. ويمكن القول إن متوسط فترة التحول من الالتهاب المعدي السطحي إلى الالتهاب المعدي الحاد الذي يؤدي إلى ضمور الغشاء المخاطي قد يزيد عن ٣٧ عامًا.

وقد تتضح خطورة الالتهاب المعدي المصاحب لضمور الغشاء المخاطي من احتمالية تفاقم المرض ليتحول إلى سرطان بالمعدة وهو ما أوضحته العديد من الدراسات – على سبيل المثال، في الصين وكولومبيا - والتي تربط بين الإصابة بعدوى HP وسرطان المعدة. وقد أكدت ذلك الدراسات التي أجريت في

بريطانيا. فقد أوضح دكتور دي جي بي باركر (D. J. P. Barker) وزملاؤه أن معدل الوفيات الناتجة عن سرطان المعدة في مناطق مختلفة من بريطانيا بين عامي ١٩٦٨ و ١٩٧٨ تم الربط بينه وبين الكثافة السكانية الرهيبة قبل ٣٠ عامًا، وهذا ما أوضحته الدراسة الحكومية في عام ١٩٣٦. كذلك، تم الربط بين الكثافة السكانية المرتفعة في هذا الوقت ومعدلات الإصابة المرتفعة جدًا بالعدوى بين الأطفال ببعض الأمراض مثل التهاب الشعب الهوائية (Bronchitis) والحصبة (Measles) والإسهال (Diarrhea). وهناك احتمال كبير أن HP كان من بين أنواع العدوى في ذلك الوقت، ولكن لم يستطع الأطباء التعرف عليها لصعوبة تحديد نوع البكتيريا.

وعلى الرغم من ذلك، لا يعد كل من الالتهاب المعدي المصاحب لضمور الغشاء المخاطي والسرطان هما التوابع الوحيدة للالتهاب المعدي السطحي الناتج عن عدوى HP. فهناك تابع آخر يتمثل في القرحة المعدية. وقد ظهر أن رد فعل الأشخاص تجاه الإصابة ببكتيريا HP يختلف من شخص لآخر. فالأشخاص الأكثر قابلية لتحول الالتهاب المعدي الخاص بهم إلى حالة ضمور الغشاء المخاطي أو السرطان تختلف استجابة المناعة لديهم ضد البكتيريا عن الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالقرح.

وفي حالة تحول الالتهاب المعدي إلى التهاب معدي يحدث فيه ضمور الغشاء المخاطي، فتقوم بكتيريا HP بإعاقة إنتاج الحمض من خلال الخلايا المفرزة للحمض (انظر الفصل الثاني) وتحفيز استجابة مناعية في جدار المعدة تؤدي إلى حدوث الالتهاب المعدي المزمن مع الفقد المستمر للإفرازات الحمضية. ثم يحدث بعد ذلك ضمور الغشاء المخاطي لخلايا المعدة وتزايد احتمال إصابتها بالسرطان.

ويمكن القول إنه فيما يتعلق بالأشخاص الذين لا يتم تحفيز هذه المناعة لديهم بالإضافة لحدوث ضمور بسيط – أو عدم وجوده على الإطلاق - في الغشاء المخاطي لخلايا المعدة، فإن بكتيرياHP تقوم بإفراز الجاستيرين مباشرةً مما يؤدي إلى زيادة إفراز الحمض وبداية تكون القرحة.

ويتضح مما سبق أن للمريض دورًا في تطور حالته. ففي حالة الإصابة ببكتيريا HP، يمكنك تحفيز استجابة مناعية لتقليل مستويات الحمض وتجنب القرح. ولكنه على الجانب الآخر، من الممكن أن يعرض نفسه بعد عدة سنوات لخطر الإصابة بسرطان المعدة. وفي حالة فشله في تحفيز الاستجابة المناعية المطلوبة، فإن عدوى HP قد تؤدي إلى مستويات متزايدة من إفراز الحمض وتكون القرح.

ولكن هذه ليست كل الاحتمالات. فالغالبية العظمى من الأشخاص الذين يعانون من عدوى HP في المعدة ليسوا مصابين بالسرطان أو القرحة. فهم لا يعانون من التهاب معدي سطحي حاد، كما أن حالتهم لا تتطور إلى ما هو أبعد من ذلك. كذلك، لا تظهر عليهم أعراض القرحة أو حتى عسر الهضم العصبي، كما أنهم لا ينتابهم أي قلق من احتمال وجود بكتيريا في المعدة. ولذلك، يجب أن تكون هناك أسباب أخرى لتكون القرحة.

وتجدر الإشارة إلى أن من بين هذه الأسباب - ولعله أهمها - حدوث ضعف في آلية حماية الغشاء المخاطي ضد الحمض وإنزيم الببسين. وفي الحقيقة، من الممكن أن تسبب بكتيريا HP في العديد من المشكلات للغشاء المخاطي. وقد تكون إحداها حدوث تغير في قدرة الغشاء المخاطي على مقاومة الحمض،

ومن ثم، يقوم حمض الهيدروكلوريك الناتج من خلال خلايا جدار المعدة المفرزة للحمض باختراق جدار المعدة بسهولة أكبر. كذلك، فإن الغشاء المخاط يقل سمكه عند الإصابة بعدوى HP، ومن ثم، يكون من السهل على الحمض أن يخترقه حتى يصل إلى سطح خلايا المعدة. بالإضافة إلى ذلك، فقد يحدث هناك تغير دقيق في تركيب البروتين الخاص بالغشاء المخاطي، ومن ثم، يمكن لإنزيم الببسين الخاص بهضم البروتين اختراق جدار المعدة أيضًا.

ومن هنا، يتضح أن بكتيريا HP لا تقم فقط بزيادة إنتاج المعدة من الحمض، ولكنها أيضًا تتدخل في القضاء على الغشاء المخاطي المقاوم للحمض وإنزيم الببسين. ومن الغريب أنه على الرغم من الأعداد الكبيرة من الأشخاص المصابين ببكتيريا HP، فإنها لا تسبب أكثر من الأعراض السابق ذكرها.

وقد قام كل من دكتور جويدو تيتجات (Guido Tytgat) ودكتور مايكل ديكسون (Michael Dixon) في عام ١٩٩٣ بدراسة في أمستردام أوضحا فيها دور بكتيريا HP في الإصابة بالقرح المعدية وقرح الاثنا عشر. ويمكن القول إن هذه هي أحدث الدراسات التي ظهرت في هذا الموضوع حتى الآن، وسنعرض لملخص لها في الفقرات التالية.

بكتيريا HP وقرحة الاثنا عشر

أوضحت الدراسة أنه بعد فحص أكثر من ٢٥٠ مريضًا بقرحة الاثنا عشر في أمستردام، وجد أن جميعهم مصابون بعدوى HP، مع استبعاد الأشخاص الذين تناولوا مضادات حيوية مؤخرًا. وطبقًا لما قاله كل من دكتور تيتجات ودكتور ديكسون، فإن قرحة الاثنا

عشر في المريض غير المصاب بعدوى HP "لا تعد قرحة متأصلة، كما أن هناك سببًا آخر (على سبيل المثال، عقار NSAID أو مرض بالأمعاء الدقيقة) يجب البحث عنه". وعلى الرغم من ذلك، والحديث مازال لهما: "كما أن عددًا قليلاً من الأشخاص الحاملة لعدوى HP ستصاب بقرحة الاثنا عشر، مع معدل انتشار ١٠ بالمائة".

ومن هنا، يمكن القول إن قرحة الاثنا عشر مرض معقد. فبالإضافة إلى الالتهاب المعدي، هناك بعض المؤثرات الأخرى مثل القدرة على إفراز الحمض وإنزيم الببسين (والتي تختلف من شخص لآخر)، والتدخين وغيرها من العوامل الجينية والبيئية. ويحدد التفاعل بين هذه العوامل إمكانية معاناة شخص من قرحة اثنا عشر أو لا. كذلك، توضح الدراسة أن السلالة الفعلية لبكتيريا HP المسببة للعدوى قد تحدث اختلافًا كبيرًا. ويمكن القول إن بعض السلالات تنتج مواد سامة من شأنها تدمير خلايا بطانة المعدة والاثنا عشر، كما يحتوي البعض الآخر على مواد بروتينية قد تسبب حالات حادة جدًا من الالتهاب المعدي. ومن هذه المواد البروتينية بروتين kDa١٢٠ والذي يعد كمؤشر للإصابة بقرحة حادة.

ويمكن القول إن بعض سلالات HP تحتوي على جين (يسمى cag A) والذي له ارتباط أيضًا بالقرحة الحادة. ويعد هذا الجين أيضًا مؤشرًا مهمًا للإصابة بالقرحة الحادة.

هذا، ويعد الدليل القاطع على دور أي بكتيريا في حدوث أحد الأمراض هو أنه عندما يتم القضاء عليها، يتم علاج العضو المصاب ويتماثل للشفاء. وقد ذكر العالمان تيتجات وديكسون قائمة مكونة من ٢٧ دراسة تم إجراؤها على أكثر من ألفي مصاب بقرحة

الاثنا عشر والتي تم من خلالها مقارنة معدلات إعادة ظهور القرحة بين المرضى المستمرين في الإصابة بعدوى HP بعد تعرضهم لعلاج للقرحة في مقابل المرضى الذين تم القضاء على العدوى الخاصة بهم من خلال استخدام المضادات الحيوية.

وقد كانت النتائج مذهلة. فبالنسبة للمرضى الذين لم يتم القضاء على عدوى HP لديهم، فإن معدلات تكرار حدوث القرحة تراوحت من ٣٠ إلى ١٠٠ بالمائة، كما أوضحت أغلب الدراسات أن أكثر من نصف المرضى أصابتهم قرح أخرى. وفي المقابل، وفيما يتعلق بغالبية المرضى الذين تم علاجهم من عدوى HP، فإن القرح لم تعاود الظهور مرة أخرى. وتجدر الإشارة إلى أن ١٤ دراسة لم تسجل أية معاودة لظهور المرض مرة أخرى، في حين أوضحت ١٢ دراسة أن معدل معاودة ظهور المرض تراوح من ٢ إلى ١٠ بالمائة. والغريب أن أعلى معدل لمعاودة ظهور المرض بين المجموعة التي تم علاجها من عدوى HP قد تم تسجيلها من قبل الدكتور مارشال نفسه، فمن بين ٢٣ مريضًا كان يقوم بفحصهم، عانى خمسة منهم (بما يعادل ٢٢ بالمائة منهم) انتكاسات للقرحة. وعلى الرغم من ذلك، تمت مقارنة هذا المعدل بمعدل ٣٨ مريضًا من بين ٤٧ استمروا في المعاناة من عدوى بكتيريا HP، أي أن معدل معاودة الظهور يساوي ٨١ بالمائة.

بكتيريا HP والقرحة المعدية

من الأمور المعروفة منذ أكثر من مائة عام أن القرحة المعدية تحدث في وجود التهاب معدي مزمن. ويذكر العالمان تيتجات وديكسون أنه مؤخرًا تم إثبات أن عدوى HP هي المسببة للالتهاب المعدي.

ويعتقد هذان العالمان بحدوث الالتهاب المعدي نتيجة لإنتاج بكتيريا HP لمواد سامة ولإفرازها لإنزيمات هضم البروتين التي تقوم بمهاجمة جدار المعدة. وعلى الرغم من ذلك، فهناك العديد من الأسباب الأخرى المحتملة لحدوث القرحة المعدية والتي تتمثل في مرور الصفراء عبر الاثنا عشر واستخدام عقاقير NSAID واتباع نظام غذائي مليء بالأملاح والتدخين.

ويمكن القول إن تناول عقاقير NSAID بصفة خاصة لا يؤدي إلى إحداث قرحة إلا في وجود HP، وذلك طبقًا لدراسات لفريق من الأطباء المتخصصين بالجهاز الهضمي وأمراض الروماتيزم بجلاسكو باسكتلندا. وتجدر الإشارة إلى أن العلماء أيه إس طه (A. S. Taha) وأر دي شتوروك (R. D. Sturrock) وأر أي راسل (R. I. Russell) قاموا بمتابعة لأكثر من ٥٠ حالة لمستخدمي عقاقير NSAID لفترات طويلة وكان ٣٠ منهم مصابين ببكتيريا HP. وقد حدث في ١٨ حالة من ٣٠ حالة - وهو ما يعادل نسبة ٦٠ بالمائة - تأكلات في جدار المعدة (تقرحات بسيطة) خلال الدراسة، كما ظهر على ١٢ حالة الباقية - والتي تعادل ٤٠ بالمائة - أعراض قرحة فعلية. وفيما يتعلق بالعشرين حالة التي لم يكن لديهم HP، فإن الأعداد المقابلة كانت خمسة (أي، ٢٥ بالمائة) وثلاثة (أي، ١٥ بالمائة). ومن هنا، يتضح الربط الوثيق بين حدوث القرحة ودور HP في حدوث تآكل للاثنا عشر.

مع ذلك، فهناك بعض المواد التي يمكنها حماية الأشخاص المصابين ببكتيريا HP من القرحة وضمور الغشاء المخاطي للمعدة. ومن بين هذه المواد النافعة، كما ذكر كل من تيتجات وديكسون، فيتامين ج (Vitamin C) وفيتامين هـ (Vitamin E) والبيتا-كاروتين (Beta-carotene) وغير ذلك من المواد المشابهة. وكل هذه المواد

معروفة بمقاومتها للمواد السامة التي تسببها البكتيريا والمواد الضارة والتي تقوم بإنتاجها الأنسجة الملتهبة. لا يعني هذا إقبال الأشخاص على ابتلاع أقراص الفيتامينات والمواد المعدنية لمنع حدوث القرح، ولكن من الأفضل تناول الأطعمة الغنية بها مثل الخضراوات والحبوب والفواكه.

وتجدر الإشارة إلى أن مرضى القرح كانوا ينصحون باتباع نظام غذائي غير دسم والذي يتمثل في تناول اللبن والسمك المطهي على البخار. ولكن تم اكتشاف أن هذا قد يؤدي إلى نتيجة عكسية: فمثل هذه النظم الغذائية خالية من الفيتامينات والمواد المعدنية الضروربة للمساعدة في الشفاء من القرح أو منعها.

أما عن الدليل الخاص بإثبات ارتباط القرحة المعدية ببكتيريا HP، فقد تم إجراء دراسات قليلة مقارنةً بقرحة الاثنا عشر. وعلى الرغم من ذلك، في الدراسات الأربعة التي أجريت في ١٩٩٠ و١٩٩٢ والتي تضمنت ٣٥٧ مريضًا بالقرحة المعدية، فقد تراوحت الانتكاسات من ٣٣ إلى ٧٤ بالمائة خلال فترة تراوحت من ٣ إلى ١٢ شهرًا وذلك في المرضى المصابين ببكتيريا HP. هذا، وفي ثلاث دراسات من هذه الدراسات، لم ترد معاناة أي مريض تمت القضاء على عدوى HP لديه من انتكاسات أخرى للقرحة، في حين حدث ذلك في سبعة بالمائة فقط في الدراسة الرابعة.

ومما سبق، توصل العالمان تيتجات وديكسون إلى نتائج مؤكدة بوجود علاقة وثيقة بين القرحة المعدية وبكتيريا HP. فقد صرح العالمان أنه في أية كثافة سكانية، تولد نسبة معينة من

الأفراد ولديها عدد أكبر من خلايا جدار المعدة المفرزة للحمض. ويمكن أن يوجد لدى هؤلاء الأفراد مناطق ذات بطانة تشبه تلك الخاصة بالمعدة داخل الاثنا عشر الخاصة بهم – وهذا ما يسمى بتبدل النسيج المعدي (Gastric metaplasia). وفي حالة إصابتهم ببكتيريا HP، فإن هذا التحول النسيجي في الاثنا عشر يسمح ببقاء البكتيريا في هذه المنطقة مما يسبب التهاب الاثنا عشر (Duodenitis) - وهي الحالة التي تشبه التهاب المعدة والذي يوجد في القرحة المعدية. ويعقب ذلك حدوث تآكل في جدار المعدة وقرحة الاثنا عشر.

إن لهذه النظرية قاعدة محددة بالنسبة لكيفية علاج مرض القرحة. وفي حالة صحة النظرية – ودعم الدراسات الحديثة لها، فإن التخلص من الحمض وإنزيم الببسين سيساعد في شفاء القرحة، إلا أنه لا يؤدي إلى التخلص من HP. وسيظل هناك التهاب مزمن، كما أن المعدة أو الاثنا عشر ستكون معرضة للإصابة بالقرحة مرة أخرى في حالة توقف العلاج، بالإضافة إلى معاودة هجوم الحمض والإنزيم مرة أخرى. طبقًا للعالمين تيتجات وديكسون، فإن الطريقة الوحيدة لمنع معاودة ظهور القرحة في المستقبل في أي مريض يعاني من قرحة معدية أو قرحة الاثنا عشر هي التخلص تمامًا من بكتيريا HP. وإليك نص ما قالاه في هذا الشأن في عام ١٩٩٣:

"تكاد تنعدم احتمالات إعادة ظهور قرحة الاثنا عشر وأيضًا القرحة المعدية - ولكن بدرجة أقل – بعد القضاء على بكتيريا HP. فهناك دليل علمي مؤكد على صحة التوصية الخاصة بمعالجة كل المرضى المصابين بالقرح المعدية وقرحة الاثنا عشر المرتبطة ببكتيريا HP عن طريق القضاء على بكتيريا HP. فالتخلص من

بكتيريا HP يعني الشفاء من مرض قرحة الاثنا عشر. وهناك تأكيدات على أن التأثير الفعال للتخلص من بكتيريا HP يستمر ما دام لم تحدث عدوى أخرى بالبكتيريا. هذا، وينطبق الكلام ذاته على القرحة المعدية المرتبطة ببكتيريا HP، إلا أننا نحتاج لإجراء مزيد من الدراسات المتعلقة بهذه الشأن."

وعلى الرغم من ذلك، فإن بكتيريا HP ليست الوحيدة المسئولة عن حدوث القرح، وذلك كما يتضح من المقطع التالي من كلام العالمين تيتجات وديكسون:

"يمكن القول إن الإصابة ببكتيريا HP تعد من أهم الأسباب الرئيسية في حدوث القرحة بنوعيها. ولكن لا يجب علينا تجاهل العوامل الأخرى التي قد تسهم في حدوث القرحة؛ فعلينا أن نتعرف على كيفية تفاعل هذه العوامل ودورها في بدء عملية التقرح. إن التوازن بين مهاجمة الحمض ومقاومة الغشاء المخاطي يتأثر بالعوامل الوراثية والنوع وفصيلة الدم والتدخين والسن والعديد من الاعتبارات الفسيولوجية الأخرى والتي تتضمن نسبة الحمض المتكون. هذه الاعتبارات وغيرها تسبب التباين بين معدل الإصابة ببكتيريا HP الكبير بين الناس والنسبة الصغيرة المقابلة منهم المصابة بالقرحة بنوعيها."

ويمكن القول إن معظم محاولات علاج القرحة بنوعيها تهدف في الأساس إلى تقليل تأثير الحمض في القرحة. فهذه المحاولات تقوم بتخفيف حدة الأعراض والمساعدة في التخلص من القرحة، إلا أنها لا تؤثر على بكتيريا HP، كما أنها لا تؤدي إلى معالجة الالتهاب المعدي أو التهاب الاثنا عشر الناتجين. وبالتالي، تظل خلايا بطانة الاثنا عشر والمعدة معرضة للإصابة بالمزيد من

القرح. ومن هنا، توصل الخبراء إلى أنه فيما يتعلق بنجاح علاج مرض القرحة على المدى الطويل، فيجب التعامل مع بكتيريا HP واعتباره جزءًا من العلاج. وسنعرض لكيفية القيام بذلك من خلال الفصل الخامس والذي يختص بالمواجهة الحديثة للقرح.

التشخيص وعلاج القرح

يمكن القول إن أغلب الأشخاص الذين يعانون من آلام بالمعدة أو عسر هضم عصبي يتم تشخيص حالتهم على أنها قرحة من قبل ممارس عام على أساس شكواهم والفحص الذي يتم إجراؤه عليهم. وبالتالي، يبدأ العلاج دون إجراء أي اختبارات إضافية أو إحالة إلى الطبيب المختص، كما أنه في حالة اختفاء الأعراض وعدم ظهورها مرة أخرى، فقد لا يحتاج هؤلاء المرضى لمزيد من الفحوص.

ولكن في حالة استمرار الأعراض أو إعادة ظهورها على الرغم من المعالجة المبدئية، فيجب في هذه الحالة إجراء مزيد من الاختبارات. ويوضح الفصل الرابع نوعية الفحوص والتحاليل التي قد يجريها المريض في هذا الشأن.

الفصل الرابع

الفحوص والتحاليل الخاصة بالقرحة

تجدر الإشارة إلى أن الأشخاص الذين - طبقًا لسجلهم المرضي والفحص الذي خضعوا له - يعانون من عسر هضم عصبي واضح لا يحتاجون إلى إجراء المزيد من الفحوص، وذلك لأنهم ليسوا مصابين بقرحة، كما أن العلاج سيهدف فقط إلى تخفيف الأعراض التي تظهر عليهم، ومن ثم، فإن إحالتهم إلى المستشفى قد تكون تضييعًا للوقت ولموارد المستشفى. وبدلاً من ذلك، عليهم بتصديق الطبيب الخاص بهم في أن الأعراض التي تظهر عليهم لا تشير إلى وجود مرض خطير بالمعدة أو الاثنا عشر، كما أن عليهم أن يخففوا من حدة توترهم.

المنظار

في حالة الشك باحتمال الإصابة بقرحة أو أي مرض له أعراض شبيهة بالقرحة، فيمكن أن يطلب من المريض إجراء فحص بالمنظار (Endoscope). والمنظار عبارة عن أنبوبة مرنة مصنوعة من الألياف الضوئية تمكن الطبيب من رؤية ما يجري بداخل المريء والمعدة والاثنا عشر بوضوح كامل. كذا، يمكن استخدم المنظار لأخذ عينات صغيرة من المناطق المشتبه في وجود مرض بها من داخل جدار المعدة لفحصها.

وإذا طلب منك إجراء فحص بالمنظار، فيجب عليك عدم تناول الطعام لمدة ثمانِ ساعات على الأقل قبل موعد الفحص وذلك حتى تكون المعدة خالية ويتضح مجال الرؤية للطبيب بصورة أكبر.

وعادةً ما يتم إجراء الفحص بالمناظير في وحدة منفصلة مخصصة لذلك بعيدًا عن غرف العمليات، والتي تتكون من عنبر وغرفة الفحص بالمنظار.

وفي العنبر، سيتم توجيه بعض الأسئلة للحصول على معلومات شخصية عنك، وقبل الخضوع المباشر للفحص بالمنظار، يتم إعطاؤك حقنة تخدير موضعي في الوريد تجعلك لا تتذكر مراحل العلاج التي مرت بك بعد الإفاقة. وسيطلب منك أن تظل بالعنبر لمدة بضع ساعات بعد الفحص حتى التخلص من تأثير المخدر تمامًا. وتجدر الإشارة إلى أنه يجب على المريض عدم العمل أو قيادة السيارة لبقية اليوم حتى يعود لوعيه تمامًا. ومن الأفضل أن يكون أحد أقارب المريض معه للعناية به بقية اليوم.

وهناك بعض المراكز التي تلجأ لاستخدام رشاش تخدير موضعي في الحلق والذي يجعلك لا تشعر بالأنبوبة وتجعلك تتوقف عن الشعور بالغثيان. وقد يكون هذا غير مريح للمريض، إلا أنه يجعل المريض يستطيع الرجوع للبيت أو مواصلة العمل بمجرد انتهاء الفحص.

وقد تستغرق عملية الفحص حوالي ٢٠ دقيقة. وفي حالة الحاجة للحصول على عينة، على المريض التأكد أن هذه الخطوة غير مؤلمة سواء تم استخدام الحقن أو رشاش التخدير.

ويمكن القول إن المنظار يتسم بالمرونة لدرجة أنه يمكنه فحص كل أجزاء المريء والمعدة والاثنا عشر. كذا، يمكن ضبط أنبوبة المنظار لفحص قناة الصفراء وقناة البنكرياس - وهما الفتحتان الصغيرتان من المرارة والبنكرياس إلى منتصف الاثنا عشر.

الحالات الخاصة باستخدام المنظار

هناك بعض الحالات التي يعد استخدام المنظار فيها ضرورة قصوى، على الرغم من وجود وسائل أخرى أقل سهولة وراحة للمريض.

- الحالة الأولى تتمثل في التأكد من أن الأعراض تشير إلى وجود قرحة ولم يؤتِ العلاج المبدئي نتائجه المرجوة. وهناك بعض المستشفيات التي ما زالت تستخدم أولاً أشعة إكس المعتمدة على الباريوم (Barium) وذلك قبل التفكير في استخدام المنظار. وفي حالة كون نتيجة أشعة إكس سلبية، فإنه يتم اللجوء لاستخدام المنظار. وفي المقابل، ففي حالة ظهور القرحة من خلال أشعة إكس، فإنه يتم الاستغناء عن المنظار. وعلى الرغم من ذلك، فهناك عدد كبير من الأقسام بالمستشفيات لم تعد تستخدم أشعة إكس، وتلجأ مباشرةً لاستخدام المنظار.

- الحالة الثانية تتعلق بالأشخاص الذين يعانون من أعراض حادة جدًا مما قد يستدعي إجراء عملية جراحية. وهناك حالات كثيرة تم فيها إجراء جراحة لإزالة جزء من المعدة على الرغم من عدم وجود إصابة فعلية بالقرحة. فمثل هؤلاء المرضى كانوا يعانون من حالات حادة جدًا من عسر الهضم العصبي، كما أنه كان من الأفضل معالجتهم طبيًا دون الحاجة إلى التدخل الجراحي.

- الحالة الثالثة تتعلق بمرضى القرحة المعدية الذين يعانون من قرح خبيثة. وفيما يتعلق بقرحة الاثنا عشر، فإنها لا تتطور حتى الإصابة بالسرطان. والأفضل أن يتم أخذ عينة من خلال المنظار من أية منطقة مصابة بالمعدة وتحليلها.

- الحالة الأخيرة تتعلق بأي شخص تعرض لتقيؤ دموي (Haematemesis) أو نزول بعض الدم في البراز الذي تحول إلى اللون الأسود (Melaena). ويقوم المنظار بتحديد موضع النزيف، ويمكن استخدامه في إيقافه.

أشعة إكس

يمكن القول إنه نظرًا للإمكانيات الهائلة للمنظار في فحص أجزاء كبيرة من الجسم وتحديد المنطقة المصابة بدقة، فإنه قد حل محل أشعة إكس المعتمدة على الباريوم والتي كانت تعتبر الوسيلة الرئيسية لفحص الأشخاص ممن يشتبه في إصابتهم بالقرحة.

وعلى الرغم من ذلك، فإن الفحص بأشعة إكس لا يزال يتم استخدامه. فهناك عدد قليل جدًا من المرضى ممن لا يستطيعون استخدام المنظار، على الرغم من ذيوع استخدام المنظار في الوقت الحالي. وفيما يتعلق بالمرضى الذين عانوا من بعض المشكلات بسبب محاولات سابقة لاستخدام المنظار، فإن أشعة إكس تعد أفضل أساليب الفحص بالنسبة لهم.

ويمكن القول إن فكرة استخدام أشعة إكس المعتمدة على الباريوم تتسم بالبساطة. فأشعة إكس لا يمكنها اختراق الباريوم، ومن ثم، فإنها تظهر على هيئة ظل أبيض على خلفية سوداء وهي البطن. كما أن الباريوم يلتصق ببطانة المريء والمعدة والاثنا عشر، ومن ثم، فإن أية قرحة ستبدو كتغيير عن الوضع الطبيعي لهذه الأجزاء. فعلى سبيل المثال، قد تظهر القرحة على أنها جزء بارز على أحد جوانب المعدة أو كضيق واضح في الاثنا عشر نتيجة لوجود ندوب.

وتجدر الإشارة إلى أن أشعة إكس تعد أقل دقة من المنظار في تشخيص القرحة؛ حيث يمكن ألا تظهر وجود قرحة إذا لم تتضح من خلال الفحص، أو تشير إلى وجود قرحة مع أنه في الحقيقة تقرح بسبب قرحة قديمة تم علاجها ولم تعد تسبب أية مشكلات بعد ذلك. ولكن من خلال المنظار والفحص المباشر للقرحة، فإن مثل هذه الأخطاء لا يمكن أن تحدث. ولا تزال بعض المراكز الطبية تستخدم كلاً من أشعة أكس والمنظار للحصول على صورة متكاملة لحالة المريض.

وفي حالة خضوعك للفحص من خلال أشعة إكس، فيجب عليك - كما هو الحال في المنظار - عدم تناول الطعام لمدة ٨ ساعات على الأقل وذلك حتى تكون المعدة فارغة قبل الفحص. ويعقب ذلك ذهابك إلى قسم أشعة إكس مباشرةً، حيث يتم إعطاؤك سائلاً أبيضًا غليظ القوام لكي تشربه. هذا، ويقوم طبيب الأشعة بمراقبة مرور السائل عبر المريء إلى المعدة ثم إلى الاثنا عشر.

كذلك، قد يطلب منك تناول سائل فائر أو قد يحتوي الباريوم على فوار بداخله. وقد يؤدي ذلك إلى توسيع المعدة مما يعطي لطبيب الأشعة فرصة أفضل للمقارنة بين جدار المعدة والباريوم. وقد تكون مقيدًا بطاولة ويتم تحريكك في اتجاهات عدة - حتى في الوضع المقلوب - لإمكانية تصوير كل التفاصيل. وبعد كل عدة دقائق، يتوقف الطبيب للحصول على صور الأشعة، وذلك لإمكانية التعرف على أي أعراض غريبة قد تظهر على شاشة الفحص.

وكما هو الحال بالنسبة للمنظار، فإن إجراء الفحص باستخدام أشعة إكس قد يستغرق حوالي عشرين دقيقة، إلا أن تلك الفترة قد تمتد لأكثر من ذلك في حالة وجود بعض الأعراض التي

تستدعي المزيد من التركيز، ومن ثم، فيجب عليك الاستعداد لقضاء ساعات أطول في قسم أشعة إكس بالمستشفى مقارنةً بمدة الفحص بالمنظار. ويمكن القول إن الفحص بأشعة إكس ليس متعبًا كما هو الحال مع المنظار، إلا أنه يتم تحذيرك من احتمال تعرضك للإمساك بعد الفحص حيث قد يتصلب الباريوم في الأمعاء الغليظة والمستقيم (Rectum). وعليك الحصول من الممارس العام الخاص بك أو طبيب الأشعة على معلومات بشأن كيفية التعامل مع هذه الحالة. وقد يمكن يكون مفيدًا تناول الكثير من الفواكه وشرب كميات كبيرة من الماء. كذلك، يمكن الاستعانة بملين لحالة الإمساك - على سبيل المثال، اللاكتولوز (Lactulose)، وتناول ملعقتين كبيرتين منه كل مساء.

الفحص للكشف عن HP

المنظار

من المزايا الكبيرة للمنظار هي السماح لطبيب الجهاز الهضمي بالحصول على عينة من نسيج القرحة المشتبه به - أو الذي يبدو كالتهاب معدي - وذلك للفحص والحصول على نتائج. وقد يساعد هذا على الفحص المباشر لبكتيريا HP تحت الميكروسكوب. ويمكن القول إنه بعد مرور عقد كامل على أبحاث دكتور مارشال، فإنه بإمكان كل معامل المستشفيات التعرف على HP وفحصها من عينات من المعدة أو الاثنا عشر والتي يتم استخراجها من المنطقة المصابة. ولن تكون هناك حاجة إلا إلى استخدام الأسلوب الصحيح، وسيمكن التعرف على البكتيريا مقوسة الشكل ذات الأهداب المعدة بطريقة سهلة وواضحة.

المزارع ـچا نىں؟

يمكن وضع العينات التي يتم استخراجها من المعدة في مزارع تحت ظروف خاصة للسماح بنمو تجمعات من بكتيريا HP. وقد يوفر هذا فرصة فحص هذه التجمعات وتحديد مدى مقاومتها لأنواع عديدة من المضادات الحيوية واستخدام أكثر هذه المضادات فعالية في المعالجة.

وقد لا تكون هناك حاجة فعلية لتمرير منظار عبر الحلق للحصول على عينات من بكتيريا HP. وقد أوصى دكتور إي بيريز ترايرو (E. Perez Trallero) وزملاؤه - من سان سباستيان بأسبانيا – باستخدام أسلوب "الخيط والكبسولة". فبدلاً من استخدام المنظار، يتم ربط خيط ماص بكبسولة عادية مشابهة للكبسولة المحتوية على عقار يتم بلعه. وعلى الرغم من ذلك، فإن الكبسولة لا تحتوي على شيء؛ فهي وسيلة لإنزال الخيط إلى المعدة.

وبعد مرور ما يقرب من ساعة، يتم سحب الخيط إلى أعلى مرة أخرى – مع ملاحظة ذوبان الكبسولة - دون أي ألم. ويتم وضع الخيط في مزرعة بكتيرية مما يؤدي إلى نمو أية بكتيريا HP تكون قد التصقت بالخيط في أثناء وجوده في المعدة. وقد وصف الفريق الطبي الأسباني هذه الطريقة بأنها أكثر سهولة وراحة من استخدام المناظير، ولكنها تتسم بالدقة ذاتها كما هو الحال من خلال استخدام المنظار.

٣- بيشكنيني ه ماں بيتشيتربستوولسـ ريوّريا

اختبار النفس المعتمد على اليوريا

ليس من الضروري الرؤية المباشرة لبكتيريا HP للتأكد من وجودها في المعدة. فهذه البكتيريا تمتلك إنزيمًا قويًا يسمى

اليورياس (Urease) والذي يودي إلى تحلل اليوريا (Urea) الموجودة بفضلات كل الأنسجة البشرية. وفي حالة ابتلاعك لكمية صغيرة من اليوريا ونسبة ضئيلة جدًا من الكربون المشع وكانت معدتك بها بكتيريا HP نشطة، فإن اليوريا ستتحلل بسرعة أكبر من المعدل الطبيعي، بالإضافة إلى ظهور الكربون المشع بسرعة وبكميات أكبر من الحالة الطبيعية أثناء التنفس.

وقد أدى هذا الاكتشاف إلى ظهور ما يعرف باختبار النفس المعتمد على اليوريا، والذي يتم من خلاله توجيهك لابتلاع سائل عديم الطعم، ثم إعطاء عينات من نَفَسك. وتجدر الإشارة إلى أن قدر الإشعاع في العينة لا يقوم فقط بتأكيد إصابتك ببكتيريا HP، ولكنه قد يوضح مدى العدوى.

ويعد هذا الاختبار ذا فائدة كبيرة خاصة إذا كان من الصعب الحصول على عينة لعمل مزرعة أو استخراجها من جزء به عدوى محدودة. ويمكن القول إن الاستخدام الرئيسي لهذا الاختبار يكمن في أثناء متابعة المريض للكشف عن عدوى مستديمة أو إعادة إصابة بالعدوى في الأشخاص الذي تمت معالجتهم من HP. كذا، ويعد هذا الأسلوب أكثر سهولة من المنظار أو حتى أسلوب الخيط والكبسولة. وتجدر الإشارة إلى أنه ليس هناك داع للقلق فيما يتعلق بكمية الإشعاع المستخدمة؛ حيث إنها كمية صغيرة وسرعان ما تختفي من الجسم، ومن ثم، فإنها لا تؤدي إلى أي مخاطر صحية فيما بعد.

وقد كان يتم الحصول على عينات النفس بعد ساعتين من ابتلاع الشراب - والذي هو عبارة عن كوب به ٥٠ ملي من الماء مذاب به كبسولة جيلاتينية من اليوريا. أما الآن، فإن أغلب

المستشفيات تأخذ العينة المطلوبة بعد ٤٠ دقيقة فقط من تناول هذا الشراب. وقد يطلب من المريض الزفير بهدوء عبر جسيمات بلاستيكية داخل أنبوبة اختبار.

اختبارات الدم

تستخدم اختبارات الدم في اكتشاف الأجسام المضادة لبكتيريا HP. فاستجابة الجسم في مواجهة أية عدوى تتمثل في إنتاج أجسام مضادة لمواجهة البكتيريا المسببة للعدوى. ويمكن القول إن الأجسام المضادة تختلف حسب نوع البكتيريا المسبب للعدوى، ومن ثم، فإن إيجاد الأجسام المضادة لبكتيريا HP في الدم يعني أنه تم إصابتك بالعدوى قبل ذلك. هذا، وحيث إن معظم حالات الإصابة بالعدوى تستمر لفترة طويلة في حالة عدم معالجتها، فإن إيجاد مثل هذه الأجسام يعني أنك لا تزال مصابًا بالعدوى.

ويتسم اختبار الدم الحالي - والذي يسمى تحليل اكتساب المناعة المرتبط بالإنزيمات (ELISA) - بالبساطة والفعالية وأيضًا انخفاض تكلفته، كما أنه سيتم تطويره فيما بعد للتعرف على الأنواع الفرعية لبكتيريا HP والتي تعد من أهم الأسباب الخاصة بإحداث القرحة.

وفي الوقت الحالي، فإنه يتم استخدام اختبارات ELISA بصورة أكبر للكشف عن نسبة المصابين ببكتيريا HP ضمن كثافة سكانية معينة وأيضًا للكشف عن المرضى المصابين بالقرحة قبل الخضوع لفحص بالمنظار. وقد تشير النتيجة السلبية للاختبار إلى عدم الإصابة بقرحة الاثنا عشر؛ في حين أن النتيجة الإيجابية قد توجه الأطباء إلى التفكير في استخدام المنظار. ويحذر معظم الأطباء من عدم الاعتماد على النتيجة الإيجابية لاختبار الدم فقط للجزم بوجود إصابة بالقرحة.

الفصل الخامس

نتائج التشخيص الخاطئ للقرحة

يجب أن يكون من الواضح بعد قراءة الجزء الخاص بعسر الهضم العصبي أن الألم في فُم المعدة لا يكون دائمًا نتيجة الإصابة بالقرحة. وعلى الرغم من ذلك، فإن عسر الهضم العصبي لا يعد المشكلة الوحيدة التي تتشابه أعراضها مع القرحة: فهناك العديد من المشكلات الأخرى التي تحتاج إلى الفحص العاج وتحديد العلاج المناسب، ومن ثم، فمن الأفضل معرفة الأمور الخاصة بهذه الاضطرابات. وقد تظهر أهمية هذا الأمر مع قيام عدد كبير من الأشخاص في كثير من الأحي بالتشخيص الخاطئ لحالاتهم الصحية، وأكثرهم يشخص الأل في فُم المعدة على أنه نتيجة للإصابة بالقرحة أو عسر الهضم. وبالتالي، يلجئون إلى معالجة حالاتهم باستخدام عقاقير مضادة للحموضة، وهو الخطأ الخطير والقاتل الذي يقع فيه كثير من الناس.

وفيما يلي عرض لبعض الحالات من التشخيص الخاطئ لأعراض القرحة:

الحالة الأولى: انسداد الشريان التاجي

اشتكى أحد الأشخاص – عمره ٥٧ عامًا - من عسر هضم شعر به بعد تناول وجبة عشاء دسمة. وقد تمركز الألم - كما ذكر - في منتصف أعلى المعدة، أسفل عظام الصدر بين الأضلع. وقد تناول المريض مضادًا للحموضة عقب ذلك الشعور بالألم ثم ذهب

للفراش ولم يستطع النوم إلا بعد مرور ساعة بسبب المعاناة من الألم. وفي حوالي الساعة الثالثة من صباح اليوم التالي، استيقظ مع شعور بنوبة ألم شديدة جدًا في الموضع ذاته ولم يخفف مضاد الحموضة من حدة الألم. وقد كان يشعر ببرد شديد ويتصبب عرقه بشدة. وعلى هذا، تم استدعاء الطبيب الذي شخص الحالة على أنها الأعراض الخاصة بأزمة قلبية (انسداد الشريان التاجي أو Coronary Thrombosis). ومن هنا، فقد قام الطبيب بإعطاء حقنة مسكنة للمريض للقضاء على الألم ومقاومة عملية التجلط في القلب ثم تم نقله إلى المستشفى.

وبعد تماثله للشفاء، ذكر المريض للطبيب أنه كان يشتكي من هذا الألم الشديد بشكل متكرر في خلال الفترة الأخيرة. فقد كان الألم يشتد بعد تناول الوجبات، وهو ما جعله يفسر ذلك على أنه نتيجة "عسر هضم" أو "قرحة". ونتيجة لضغط العمل، لم يكن لديه وقت للتوجه للطبيب، وقام بتناول مضاد للحموضة اشتراه من إحدى الصيدليات. وعلى الرغم من عدم جدوى هذه المضادات، إلا أن حدة الألم كانت تتقلص عند الخلود إلى الراحة. وعندما سأله الطبيب عن الألم عند ممارسته لبعض التدريبات مثل المشي أو صعود السلم، أجاب المريض بأنه لا يمارس أي نوع من التدريبات على الإطلاق. كذلك، ذكر المريض أنه كان يشعر بالألم من حين لآخر في أثناء قيادة السيارة، إلا أنه اعتقد أن ذلك نتيجة ضغط حزام الأمان على معدته المضطربة.

ويمكن القول إن ما يفعله الكثير من المرضى بتشخيص الألم في أعلى البطن أو حتى في أسفل الصدر على أنه عسر هضم يعد أكثر الأخطاء شيوعًا. فألم القلب - أو الذبحة (Angina) - لا يكون دائمًا في منطقة الصدر أو في الجانب الأيسر (على الرغم

من ندرة حدوثه في الجانب الأيمن). هذا، ويمكن القول إن الألم قد يظهر في منطقة منتصف البطن ويكون في الجزء العلوي منها.

كذا، قد يكون من الصعوبة بمكان التفرقة بين خصائص ألم القرحة والألم الخاص بالقلب. فكلاهما يمكن وصفه على أنه ألم حاد ومتعب أو شعور بالرغبة في القضم. وعلى الرغم من ذلك، لا يتصف أي منهما بالحدة أو الحرقة. ويمكن القول إن الضيق الشديد أو الإحساس بالتكتف الذي يمنع التنفس بعمق قد يكون من أعراض الذبحة أكثر منها أعراض القرحة.

كذلك قد تكون هناك صعوبة في التمييز بينهما بالنسبة لوقت حدوث الألم – فالإحساس بالألم في كل منهما يبدأ بعد تناول وجبة دسمة. وعلى الرغم من ذلك، فإن الألم الخاص بقرحة المعدة والاثنا عشر نادرًا ما تتم إثارته عند ممارسة التدريبات الرياضية، كما أنه لا يختفي بعد الحصول على راحة – وهي سمات الإصابة بالذبحة. ويمكن القول إن هذا المريض أخطأ في تشخيص حالته على افتراض أنه لا يقوم بحركة كثيرة. وهناك مؤشرات أخرى لذلك، وهي عدم تخفيف مضادات الحموضة لحدة الألم والزيادة المتكررة في حدة الألم في أثناء قيادة السيارة، من وجود ارتفاع في ضغط الدم وزيادة في معدل ضربات القلب نتيجة لضغط العمل مع عدم قدرة الشرايين التاجية الضيقة بشكل مؤقت على التعامل مع هذا.

الحالة الثانية: وجود حصوات في المرارة

تعرض أحد المرضى من ذوي الأجسام النحيفة والذي كان يبلغ من العمر ٦٥ عامًا لأول نوبة من الألم في إحدى الليالي بعد نصف ساعة من تناوله لوجبة العشاء. وكان الألم في الموضع

ذاته الذي اشتكى منه المريض في المثال السابق إلا أنه كان يميل قليلاً جهة اليمين. وقد انتابه الألم بصفة مفاجئة واستمر لما يقرب من ثلاث ساعات قبل التوقف. كذلك، فإن الألم كان على هيئة نوبات؛ حيث يزيد بشدة لمدة حوالي عشر دقائق ثم تخف حدته لفترة – ولكن لا يتوقف - ثم يعود الألم الشديد مرة أخرى.

وقد وصف المريض الألم على أنه بمثابة تقلص حاد بالمعدة يشعر به على فترات متقطعة مع تألمه الشديد في حالة زيادة التقلص. ومع ذلك، بمجرد انتهاء نوبة الألم، كان المريض يشعر بأنه في حالة جيدة على الرغم من تأكده من معاودة الألم مرة أخرى.

وقد اعتقد المريض صاحب الحالة - تمامًا مثل الحالة الأولى - أن السبب في ذلك يرجع إلى عسر الهضم. وتجدر الإشارة إلى أن الوجبة التي سبقت الألم لم تكن مختلفة عن الوجبات التي اعتاد تناولها، فقد تكونت من مكرونة وجبن وبسكويت. وبناءً على ذلك، قام بتناول مضاد للحموضة واستراح حتى انتهاء الألم. وقد افترض من خلال قراءته لموسوعة الطب المنزلي أن هذه الأعراض خاصة بعسر هضم حاد، ومن ثم، فقد قرر التوقف عن تناول الجبن في المستقبل.

ولكن تجنب تناول الجبن لم يؤدِ إلى اختفاء الألم. ولذلك، قام المريض باستدعاء الطبيب بعد معاناته من نوبات متكررة من الألم ذاته لمدة عدة أيام لاحقة. وقد تزامنت هذه الآلام في حدوثها واستمرت المدة ذاتها. وعلى الرغم من محاولته تجنب تناول الدهون لسنوات عديدة للحفاظ على حالته الصحية، فإنه قام في

نوبة الألم الأخيرة بتناول سمك مقلي بالزيت وبطاطس محمرة. ولكن ما جعله يقلق هذه المرة هو انتقال الألم إلى ظهره وحول طرف كتفه الأيمن وإحساسه الشديد بالتعب.

وقد لاحظ طبيبه المعالج مدى تألمه عند الضغط على الجانب الأيمن من أعلى البطن، أسفل أطراف الأضلع مباشرةً. وقد تم إعطاؤه حقنة مسكنة لوقف الألم ومضاد للتقلص لتخفيف حدة التقلص، ثم تمت بعد ذلك إحالته لعمل أشعة إكس والتي أكدت صحة تشخيص الطبيب وهو وجود تجمع من الحصوات داخل المرارة.

وهنا انتابت المريض الدهشة؛ فطالما قرأ أن ضحايا حصوات المرارة من النساء البالغين أربعين عامًا من ذوات الوزن الثقيل والخصوبة العالية والشعر الأصفر. وقد نبهه الطبيب إلى أن هذا ليس صحيحًا تمامًا؛ فهناك عدد كبير من الرجال الذين يعانون من حصوات بالمرارة. ولا يشترط أن يكونوا من أصحاب الوزن الثقيل أو أنهم يتناولون وجبات غنية بالدهون أو أنهم يتميزون بالشعر الأصفر؛ فليس الأشخاص من ذوي الشعر الأصفر أكثر عرضة للإصابة بحصوات بالمرارة من ذوي الشعر الأسود. وفي الحقيقة، يمكن القول إن أعلى نسبة لحدوث الحصوات بالمرارة في العالم تقع بين السكان المحليين في أمريكا الشمالية.

وبالنسبة لمؤشرات وجود حصوات بالمرارة، فتبدو في البداية المفاجئة للألم والتقلصات الشديدة المصاحبة وميلها للجانب الأيمن من منتصف البطن، وانتقال الألم إلى طرف الكتف الأيمن. كذلك تشير النوبة الثانية وما صاحبها من حالة القيء إلى وجود العديد من الحصوات بالمرارة والتي تمر واحدة تلو الأخرى من المرارة إلى الأمعاء عبر قناة الصفراء.

وتجدر الإشارة إلى أنه تم التخلص من الألم الذي يعانيه هذا المريض من خلال الجراحة لإزالة المرارة والحصوات التي بداخلها. وقد وجد أن المريض يعاني من ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم، مما استدعى إعطاءه بعض العقاقير لتقليل هذه النسبة والوصول إلى المعدل الطبيعي.

الحالة الثالثة: التهاب البنكرياس (Pancreatitis)

تعرض المريض لألم في منتصف المعدة. وبخلاف الحالتين السابقتين، فقد تميز الألم في هذه الحالة بالاستمرار في أثناء معظم ساعات استيقاظه. ومع بلوغه سن الخمسين، انتابه هذا الألم لعدد من السنوات مما جعله يرجعه إلى أنه عسر هضم نتيجة عاداته الغذائية غير المنتظمة. وقد وجد أن أفضل طريقة لتخفيف الألم هو تناول الكحوليات، مما أدى إلى إسرافه في تناولها.

وقد توجه للطبيب بعد ظهور بعض الأعراض عليه مثل إخراج براز متصلب وباهت اللون وذي رائحة كريهة. وعلى الرغم من امتلاك المريض لشهية كبيرة للطعام، إلا أنه كان يفقد الوزن. وقد انتقل الألم في الفترة الأخيرة إلى ظهره؛ حيث إنه شعر به في منتصف العمود الفقري، بالإضافة إلى المعدة. وقد سمع قبل ذلك أن هذه الأعراض قد تدل على الإصابة بقرحة أحدثت ثقوب بجدار المعدة، ومن ثم، فقد انتابه الذعر.

وقد أدت هذه المجموعة من الأعراض إلى قيام الطبيب المعالج له بإجراء مجموعة من اختبارات الدم والتي أوضحت أنه يعاني من التهاب مزمن ومتكرر بالبنكرياس. وفيما يتعلق بالبراز المتصلب، فقد كان نتيجة عسر هضم للمواد الدهنية بسبب

اضطراب عمل البنكرياس. كذلك، أظهرت اختبارات الدم بعض التليف في الكبد.

ويجب على هذا المريض أن يتوقف عن تناول الكحوليات حتى تتحسن صحته بشكل عام.

باری چوارەم: داڕووستانی تێزلە ڕیخۆڵەدا

الحالة الرابعة: تهيج حاد بالأمعاء

تمثلت الشكوى الرئيسية للمريض البالغ من العمر ٢٧ عامًا في الشعور بعدم راحة في فُم المعدة مع إحساس بالانتفاخ وذلك بعد فترة قصيرة من تناول أية وجبة. وقد كان هذا المريض عصبيًا جدًا وغير مستقر في عمله وعلاقاته الاجتماعية.

ولا يمكن وصف شعور المريض بعدم الراحة على أنه يرقى إلى الإحساس بالألم، إلا إنه كان شعورًا متكررًا مما جعله يعتقد أنه مصاب بقرحة أو ما شابه. وقد انتابه قلق شديد وحاول البحث بجدية عن السبب ومحاولة علاجه. وعندما شرح المريض للطبيب بدقة كل الأعراض التي تنتابه، استطاع الطبيب التوصل إلى فهم الحالة والوصول إلى التشخيص السليم.

فقد كان المريض يعانى من ألم في أسفل البطن، وخاصة في الجانب الأيسر منها. وقد كانت تخف حدة هذا الألم من خلال التبرز وقد كان البراز متصلبًا وكثيفًا. وفي بعض الأحيان، كان البراز على هيئة طولية، كما أنه كان يشعر برغبة متكررة في الذهاب لدورة المياه بين الحين والآخر.

وقد قام الطبيب المختص بتشخيص حالة المريض على أنها حالة من تهيج حاد بالأمعاء فقط من خلال حديثه عن نفسه والتأكد من عدم معاناته من أي مرض عضوي. وفي الوقت

الحالي، تتم معالجة المريض من خلال العقاقير المضادة للتقلصات لوقف تقلصات المعدة، كما أنه يتلقى دعمًا نفسيًا للتخلص من حالة التوتر والعصبية الزائدة التي يعاني منها.

الحالة الخامسة: سرطان المعدة

كان يعاني مريض يبلغ من العمر ٥٢ عامًا من عسر هضم عصبي متوسط لمدة تقرب من عشرين عامًا وقد قام بضبط حالته بنفسه من خلال تناول أقراص مضادة للحموضة عن طريق المضغ. وقد أصبح المريض معتادًا على هذه الأقراص حتى أنه لم يفكر في استشارة الطبيب بشأن تناولها. وعلى الرغم من ذلك، فقد شعر لمدة أسابيع قليلة بشعور مختلف. فقد بدأ يشعر بعدم راحة في منتصف المعدة - وهو شعور باضطراب غريب أكثر منه شعور بالألم. وقد تم ربط هذا الشعور بعدم القدرة على استكمال وجبة كبيرة والإحساس بالامتلاء بالمعدة بعد وجبة صغيرة جدًا على غير المعتاد.

وقد اعتقد المريض لفترة من الوقت أنه قد يكون مصابًا بنوع من عسر الهضم، ومن ثم، فقد قام بمعالجة نفسه بعقار السيميتيدين (Cimetidine)، وهو عقار جيد مقاوم للحموضة. وقد قام المريض باستخدام هذا العقار لمدة أسبوع على سبيل التجربة، إلا أن حالته لم تتحسن. وعند مناقشة الأعراض مع الصيدلي الذي يتعامل معه، فقد نصحه بالذهاب إلى الطبيب المختص، وهو ما فعله على مضض معتقدًا أنه بذلك يضيع وقته.

وقد قام الطبيب بالاستماع لشكواه بالإضافة إلى الأعراض الأخرى من فقده لشهيته على غير المعتاد وأيضًا فقدانه لوزن كثير خلال الفترة السابقة. وعلى الفور، قام الطبيب بفحص

المعدة، ولكنه شعر بكتلة غريبة تصطدم بها أصابعه بين السرة وعظام الصدر.

وعقب إرساله لإجراء المزيد من الفحوص، تم اكتشاف أن المريض يعاني من سرطان بالمعدة مما استدعى إجراء عملية جراحية لاستئصال المعدة، كما أنه ظهر من خلال العملية عدم انتشار السرطان خارج المعدة مما يدل على إمكانية تمتعه بصحة جيدة خلال السنوات القادمة.

وتعد هذه الحالة بمثابة نموذج عملي لأي شخص يعاني من متاعب بالمعدة مجهولة السبب. ومن هنا، يتعين على أي شخص في منتصف العمر يشعر بأي تغيرات فيما يتعلق بعملية الهضم أن يقوم باستشارة الطبيب. فمن المهم اكتشاف السرطان في المراحل الأولى للإصابة، وبالطبع، لا يمكن أن يحدث ذلك إلا من خلال استشارة الطبيب في حالة حدوث أي أعراض حتى ولو كانت بسيطة لاتخاذ الإجراءات اللازمة.

ويمكن القول إن الأعراض الرئيسية لسرطان المعدة لا تتمثل في وجود ألم في المرحلة الأولية، إلا أنها تشتمل على وجود شعور غريب بعدم الراحة وتغيرات في درجة الإقبال على تناول الطعام، بالإضافة إلى فقدان الشهية والوزن. وتجدر الإشارة إلى ذيوع الإصابة بأنواع سرطان المعدة في بعض الدول مثل فنلندا واليابان وشيلي وأيسلندا، وقد يكون ذلك متعلقًا بالعادات الغذائية والجوانب الوراثية. وفي بريطانيا، تزداد حالات الإصابة بسرطان المعدة في الأشخاص من ذوي فصيلة الدم A (مقارنة بانتشار الإصابة بالقرح المعدية في الأشخاص الذين يمتلكون فصيلة الدم O) والأشخاص المصابين بأنيميا حادة والأشخاص الذين تم

إجراء عمليات جراحية سابقة لهم لمعالجة القرح. ويمكن القول إن واحدًا من بين كل خمسة أشخاص مصابين بسرطان المعدة كان يعاني من عسر الهضم لفترة طويلة.

وعلى الرغم من ذلك، فالإصابة بسرطان المعدة قد أصبحت أقل بكثير مما كان عليه الحال في بريطانيا وباقي أنحاء العالم المتقدم. وقد يعزى ذلك للطرق الحديثة في حفظ الطعام، وبالتالي، لم نعد نقوم باستهلاك كم كبير من النترات (Nitrates)، وهي المادة الكيميائية المرتبطة بالتغيرات السرطانية في المعدة. وقد تبددت المخاوف من أن العلاج طويل الأمد باستخدام عقار الأوميبرازول والذي يقوم بالحد من إنتاج حمض المعدة قد يؤدي إلى الإصابة بالسرطان. وسنعرض لذلك بتفصيل أكثر في الفصل الذي يتحدث عن العلاج بالعقاقير.

وتجدر الإشارة إلى أنه فيما يتعلق باليابان، فقد كان هناك رد فعل كبير تجاه سرطان المعدة مما استدعى عمل برنامج للفحص الجماعي باستخدام المناظير. وقد كان لذلك ميزة كبيرة وهي التشخيص المبكر لحالات السرطان والتي يمكن علاجها من خلال التدخل الجراحي. ويمكن القول إن الأرقام الخاصة بحالات سرطان المعدة في بريطانيا تعد منخفضة مما يجعل الإنفاق على برامج الفحص الجماعي يفوق الفائدة المنتظرة. وعلى الرغم من ذلك، قد يستفيد الأشخاص ممن لهم أقارب في العائلة يعانون من حالات سرطان بالمعدة أو أنيميا حادة من برامج الفحص المستقبلية.

وجدير بالذكر أن الحالات السابقة كلها لمرضى من الرجال وذلك لتوضيح الاعتقاد الخاطئ الشائع الذي يربط بين الألم في أعلى البطن والمعدة أو الاثنا عشر. ويوضح ذلك أيضًا أن الرجال عرضة للإصابة بالاضطرابات المعدية تمامًا مثل النساء وهو ما يعد على النقيض من الاعتقادات الشائعة التي يتم ترويجها من خلال موسوعات الطب المنزلي وبعض المجلات النسائية الحديثة. وعلى الرغم من ذلك، فكل من هذه الحالات المذكورة تنطبق على النساء أيضًا. فمن المعروف أن الأعراض واحدة في كل من الرجال والنساء.

الفصل السادس

الحفاظ على الصحة: التغذية واللياقة البدنية والضغط العصبي

يتعين على المريض الذي تم تأكيد إصابته بالقرحة محاولة التعايش مع حالته والعمل على مساعدة نفسه من خلال تغيير العادات الغذائية وأسلوب الحياة.

التغذية السليمة

من الطبيعي أن يكون السؤال الأول الذي يطرأ على ذهن المريض بالقرحة يتعلق بالنظام الغذائي وهو: "هل يمكن الشفاء من القرحة من خلال اتباع نظام غذائي معين أو على الأقل باتباع نظام غذائي وتناول مضادات للحموضة؟" ويعد هذا من أكثر الأسئلة شيوعًا والتي عادة ما تطرح على الأطباء.

إذا كان المريض يعني بالنظام الغذائي تناول أنواع معينة من الأطعمة أو استخدام طريقة معينة للطهي، فإن الإجابة هي النفي بالتأكيد. فقد كان الأطباء ينصحون مرضى القرح بضرورة اتباع نظام غذائي لا يحتوي على أطعمة دسمة وهذه اعتقادات لا أساس لها طبيًا. ويتضمن ذلك تناول الأسماك المدخنة وحلوى البودنج المصنوعة من اللبن والبطاطس المهروسة أو ما شابه من الأطعمة غير الدسمة بصفة يومية.

وفي الحقيقة، فإن هذه الأنواع من النظم الغذائية لم تكن جيدة. فقد كان الناس يبغضونها وقضت على شهيتهم للطعام. فقد تحول نمط حياتهم وحياة أقاربهم المحيطين بهم إلى حياة بائسة للغاية نتيجة القيود التي فرضها عليهم النظم الغذائية للقرحة. كذلك، تميزت هذه النظم الغذائية بأنها غير صحية؛ حيث يتم التخلص من العديد من الفيتامينات في أثناء القلي أو الطبخ على البخار. ويمكن القول إنه من المخاطر الشديدة في ذلك الأمر اجتماع اللبن مع مضادات الحموضة والذي كان يؤدي في الماضي إلى ارتفاع مستويات الكالسيوم (Calcium) بصورة كبيرة في الدم مما يؤدي إلى تكون الحصوات في الكليتين، ومن ثم، حدوث فشل كلوي (Kidney failure).

وقد تم الآن إثبات احتياج مرضى القرحة إلى تناول مجموعة متنوعة من الأغذية بقدر الإمكان. وتتضمن هذه المجموعة اللحوم والأسماك والحبوب والخضراوات والفواكه. وإذا كنت تشعر بالألم عند تناولك لنوع معين من الأطعمة، فعليك تجنبه - إلا أن هذا غير ضروري - حيث إن عددًا قليلاً من مرضى القرح تستجيب بطريقة سيئة لطعام محدد أو مجموعة معينة من الأطعمة. وكما تم ذكره في الفصل الأول، فإن الحساسية للطعام نادرة الحدوث، ولا ترتبط بمرض القرحة.

ويشعر بعض مرضى القرحة بعدم الراحة بعد تناول وجبات غنية بالدهون. وإذا كنت من هؤلاء، فيجب عليك التوقف عن تناول الأطعمة المقلية (وتناول الأطعمة المشوية بدلاً منها) وإزالة الدهون من اللحوم. وعلى الرغم من ذلك، فقد يكون الشعور بالاضطراب نتيجة تناول الدهون من علامات وجود مشكلة بالمرارة أكثر من ارتباطها بالقرح، ومن ثم، يجب عليك أن تستشير الطبيب في هذا الأمر.

عليك تناول الأطعمة التي تساعد في معالجة القرح، مثل تلك الغنية بفيتامين ج وهـ. وهذا يعني تناول الفواكه والحبوب والخضراوات الخضراء والمطهية بطريقة خفيفة (ومن الأفضل استخدام طريقة الشي أو القلي مع التقليب في زيت نباتي) وعدم سلقها لفترة طويلة.

وقد يكون الأهم من ذلك كله هو عدم الإحساس بالجوع. فعليك تنظيم نظام الغذاء بحيث تتناول ثلاث أو أربع وجبات منتظمة يوميًا وعلى فترات متباعدة. ومن اللافت للنظر أن العديد من مرضى القرح يتناولون فنجانًا من القهوة في وجبة الإفطار وسندوتشًا في الغداء ويجعلون وجبة العشاء هي الوجبة الرئيسية. كذا، فهم يتناولون أطعمة خفيفة بين هذه الوجبات من آن لآخر وذلك لتخفيف التعب الغريب في المعدة.

ويعد هذا نظامًا غذائيًا غير صحي. فيجب عليك بدء يومك بتناول وجبة إفطار صحية ومتكاملة حتى لو استدعى ذلك الاستيقاظ ساعة مبكرًا لتجهيزه. ويمكن القول إن الإفطار الجيد المناسب لمريض القرحة يمكن أن يتمثل في تناول فنجان من الشاي وعصير فاكهة وقطعة خبز وعصيدة أو حبوب وبيضة مخفوقة وسمكة سلمون أو سردين أو حتى قطعة لحم مشوية وبيضة. ويؤدي ذلك إلى معادلة إنتاج الحمض المتكون في الصباح الباكر، بالإضافة إلى إمدادك بالطاقة اللازمة لبقية اليوم. وقد يؤدي تناول سندوتش صغير في وسط الصباح إلى تقليل اندفاع الحمض وإنزيم الببسين لمهاجمة جدار المعدة.

ومن الممكن أن تتكون وجبة الغداء من حساء وسندوتش أو طبق مكرونة ثم يتم تناول الفاكهة. وبعد ذلك، يمكن تناول وجبة

خفيفة في حوالي الساعة الرابعة بعد فترة الظهيرة ثم تناول وجبة العشاء في حوالي الساعة السادسة والنصف أو السابعة. هذا، ولا يجب أن تتسم وجبة العشاء بالدسامة؛ فيمكن البدء بفاتح شهية ثم قطعة صغيرة من اللحم أو الدواجن أو الأسماك، مع مجموعة متنوعة من الخضراوات، وسيعمل هذا على تخفيض نسبة الحمض في فترة المساء. وفي حالة استيقاظك المستمر بالليل، فيمكنك تناول كوب صغير من اللبن قبل النوم مباشرةً.

الحفاظ على اللياقة البدنية

قد يبدو أن النظام السابق في التغذية خلال اليوم يتسم بكثرة المواد الدهنية، إلا أنه ليس كذلك إذا حافظت على اللياقة البدنية وقمت بممارسة بعض التدريبات الرياضية. وتتراوح هذه التدريبات من مجرد المشي المنتظم السريع إلى الجري أو ركوب الدراجات أو الأيروبكس أو السباحة أو الذهاب إلى صالة للياقة. وفي حالة مزاولتك فيما مضى لرياضة ما مثل كرة القدم أو الهوكي، فقد يلزمك التفكير في إعادة مزاولتها. فقد يساعدك هذا في التحكم في وزنك والحفاظ على لياقتك البدنية. كذا، فهي تعطيك إحساسًا جيدًا عن حالتك الصحية، وهو إحساس من الممكن أن تكون لم تشعر به منذ سنوات مضت.

وتجدر الإشارة إلى أنه ليست هناك علاقة مؤكدة بين ممارسة الرياضة والشفاء من القرح، إلا أن ذلك قد يمنع من زيادة الوزن التي يعاني منها العديد من مرضى القرح بسبب تناول المزيد من الطعام لتخفيف حدة الألم. كذلك، فإن مزاولة الرياضة تساعدك في التخلص من الفكرة الخاطئة التي من الممكن أن تسيطر عليك وهي أنك أصبت بنوع من العجز. ويمكن القول إن

مرضى القرح ليست لديهم إعاقة أو عجز سواء من الناحية البدنية أو العقلية. فهم يعانون من مشكلة صحية واحدة فقط – وهي اختلال التوازن بين البيبسين والحمض من ناحية وحماية الغشاء المخاطي من ناحية أخرى وذلك فيما يتعلق بالمعدة. وفيما عدا ذلك، فهم يتمتعون بصحة جيدة تمكنهم من مزاولة التمرينات الرياضية.

وعلى الرغم من ذلك، فهناك بعض الحركات التي يجب عليك تجنبها وخاصة في حال إصابتك بحرقة بالصدر وهي الانحناء للأمام ورفع الأشياء الثقيلة والممارسات الرياضية المرهقة، مثل رمي القرص والجلة والرمح. وتعد لعبة الجولف – على سبيل المثال - أفضل في ممارستها من أعمال تقليم أشجار الحديقة التي تتضمن العديد من الانحناءات المستمرة للأمام والخلف.

ويمكن القول إن الاستلقاء على الظهر قد يؤدي أيضًا إلى التعرض للحرقة بالصدر، ومن ثم، فإن وضع ثلاث وسادات أو أكثر تحت الرأس في أثناء النوم قد يساعد في الحفاظ على الحمض في موضعه، أسفل الحجاب الحاجز. كذلك من المهم محاولة تجنب ارتداء الملابس الضيقة حول الخصر.

الراحة بالسرير

منذ عدة سنوات، كان العلاج الوحيد للمساعدة في شفاء القرحة يتمثل في الخلود للراحة في السرير والاستمرار في تناول مضادات الحموضة والتوقف نهائيًا عن التدخين. وسنتعرض للتدخين وآثاره في الفصل التالي، إلا أنه تم اكتشاف أن الخلود للراحة وتناول مضادات الحموضة ليس لها تأثير في العلاج طويل الأمد لمرض القرحة. وقد يكون النصح بالخلود للراحة للمساعدة

في العلاج من القرحة نصيحة جيدة، كما أن حجم قرحة المعدة – وذلك بعد فحصه بأشعة إكس – يتناقص من خلال خلود المريض للراحة: إلا أنه بمجرد قيام المريض من السرير، فإن الألم المصاحب للقرحة يعاود الظهور. ومن هنا، فإن الخلود للراحة في السرير قد يجعل المريض يشعر بالراحة من الألم، إلا أن هذه الطريقة لا تنفع مع طول فترة الإصابة بالمرض.

التعامل مع الضغط العصبي

يعتقد الكثير من الأشخاص أن الضغط العصبي من الأسباب الشائعة لحدوث القرح. فيطلق البعض على قرحة الاثنا عشر "مرض رجال الأعمال"؛ حيث إنها تحدث نتيجة لضغوط الحياة الحديثة. وعلى الرغم من ذلك، فإن همومنا الحالية لا يمكن أن تكون أكثر مما كانت عليه في الأجيال السابقة، والتي سجلت معدلات أقل في الإصابة بالقرح.

ومع هذا، من المعروف أن المشاعر لها تأثير كبير على المعدة والاثنا عشر. وقديمًا وفي عام ١٨٣٣، قام طبيب كندي يدعى دبليو بومونت (W. Beaumont) بنشر ملاحظاته على معدة أحد المرضى الذين كان يعالجهم. وقد تعرض هذا الشخص لطلق ناري في بطنه، إلا أنه عاش مع وجود فجوة بين المعدة وجلد البطن - والتي استطاع من خلالها دكتور بومونت النظر مباشرة إلى داخل المعدة.

وقد اكتشف هذا الطبيب أن جدار المعدة يتغير لونه ويزداد لمعانًا بسبب الإفرازات في توقيت متزامن مع تغير مشاعر المريض – سواء في حالة الغضب أو الجوع أو السرور. ويمكن القول إن التغير في اللون يحدث نتيجة التغيرات في إمداد الدم

الذي يصل إلى خلايا بطانة المعدة، مما يؤدي إلى تحفيز إفراز العصارات المعدية. وعلى الرغم من ذلك، فإن التغيرات الواضحة في المعدة لا ترتبط بأي أعراض على الإطلاق. وتجدر الإشارة إلى عدم شكوى المريض من ألم يدل على احتمال إصابته بقرحة أو عسر هضم حتى في حالة الالتهاب الشديد لجدار معدته وإنتاج كميات كبيرة من العصارة المعدية. وأغلب الظن أن نظام المقاومة للغشاء المخاطي الخاص به تفوق على الهجوم الزائد للحمض.

هذا، وقد تمت إعادة التجربة ذاتها مرة أخرى بعد مائة عام أو أكثر من قبل كل من دكتور إس ولف (S. Wolf) ودكتور إتش جي وولف (H. G. Wolff) في عام ١٩٤٧ وقد تم إجراؤها على أحد المرضى المصابين بفجوة في المعدة. وتجدر الإشارة إلى أن مشاعر العدائية والسخط الشديد لدى المريض تسببت في احتقان بطانة المعدة، مما أدى إلى إصابته بالنزيف.

كذا، ففيما يتعلق بالمريضين في التجربتين، فليس هناك دليل مؤكد يوضح أن القلق والضغط يتسببان في حدوث القرح، إلا أنهما قد يتسببان في تدهور حالة القرح الموجودة بالفعل. ويمكن القول إنه لا توجد نوعيات من الشخصيات لديها قابلية أكثر للإصابة بالقرح، إلا أنه في حالة إصابتك بقرحة، فمن المهم أن تتعلم كيفية التعامل مع الضغوط العصبية دون الإفراط في مشاعر الغضب أو القلق.

وهنا يظهر السؤال: كيف يمكن تحقيق ذلك؟ وقد تكون الإجابة هي النصيحة التي نسمعها دائمًا وهي تجنب القلق والحفاظ على الاسترخاء ولا نعرف كيف نطبقها. وقد تؤدي تلك النصيحة

إلى إصابتك بمزيد من القلق وعدم الراحة. كذا، فإن كل الأشخاص الذين يعانون من القلق والضغوط يصابون بذلك نتيجة عدم قدرتهم على إيجاد حل لمشكلاتهم. وعلى هذا، فيجب عليك أن تحل مشكلاتك أولاً قبل الاسترخاء.

ومن الطرق الفعالة في هذا المجال عمل تقييم موضوعي لشخصيتك وأسلوب حياتك ومخاوفك وما يقلقك وطريقة استجابتك لها. وقد تكون هذه هي المرة الأولى التي تواجه فيها مثل هذه الأشياء بهدوء ومنطقية. ومن هنا، تجدر الإشارة إلى أهمية مصارحة الذات بكل أخطائها والتي تكون قد أدت إلى حدوث المشكلة التي تعاني منها.

هذا، ولا يعد الغرض من هذا التقييم المنطقي هو تعلم كيفية تجنب مواجهة الضغط - والذي قد يؤدي إلى تركك لوظيفتك ومحاولة البحث عن وظيفة أسهل، ولكن الغرض هو الاستجابة الجيدة للضغوط التي تواجهها في حياتك الحالية. فيمكن القول إنك ستجد راحة أكبر في مواجهة التحديات اليومية في حالة تعاملك مع الضغوط بدون انفعال.

ويمكنك معرفة إذا كنت تتعامل بشكل خاطئ مع الضغوط في حالة ظهور أي من الأعراض التالية وذلك بخلاف الألم الخاص بالقرحة:

- صداع شديد يمتد من العضلات الخلفية للرقبة إلى العضلات الموجودة خلف الحواجب
- الأرق (Insomnia)
- زيادة خفقان القلب

- نوبات متبادلة من الإسهال والإمساك
- فقدان الشهية

وبصرف النظر عن ارتباط الضغط العصبي بالمشكلات في العمل أو المنزل، يمكنك طرح الأسئلة التالية على نفسك:

- هل أقوم بمسئولياتي اليومية على خير وجه؟
- وفي حالة الإجابة بالنفي، كيف يمكن تغيير حياتي حتى أستطيع عمل ذلك؟
- من الشخص الذي يمكنني استشارته لمساعدتي في إيجاد الطريق الصحيح؟
- هل على أن أخفي مشاعر الغضب أو الخوف أو القلق من الشخص الذي يمكنني التصريح بها له أو على الأقل يمكنه مشاركتي فيها؟
- هل أقوم بتجاهل جزء مهم من حياتي ونقل اهتمامي لشيء آخر؟
- في حالة الإجابة بالإثبات، كيف يمكنني القيام بخطوات عملية لتغيير هذا الأمر؟
- هل أنال القسط الكافي من الراحة، في خلال أية فترة أثناء اليوم، وأكف عن التفكير في همومي؟
- في حالة الإجابة بالنفي، متى يمكنني توفير الوقت للاسترخاء، وماذا يجب على أن أفعل؟

هذا، وتحتاج الإجابة عن هذه الأسئلة إلى بذل مجهود من جانبك وليس الطبيب أو حتى العائلة أو زملاء العمل. ويجب عليك أن تبادر وتحاول التعامل بشكل أفضل مع الضغوط التي تتعرض لها؛ فأنت بمفردك في هذه العملية حتى تحقق هدفك. ويمكن للآخرين مساعدتك عقب تخطيك هذه المرحلة.

والآن، هب أنك اتخذت قرارات صائبة من خلال ما يلي:

- فقد قمت بمشاركة حمل العمل الزائد مع مساعد أو زميل جديد.
- وقمت بترشيح نائبك للقيام برحلة العمل نيابة عنك لقضاء مزيدًا من الوقت مع عائلتك.
- ويساعدك مدير البنك الذي تتعامل معه حاليًا على التخلص من المخاوف المتعلقة بالأمور المالية والتي طالما أرقت نومك خلال الأسابيع الماضية.
- وقررت أخيرًا الجلوس ومشاركة الحديث مع ابنتك المراهقة وأحسست بمدى الارتياح في ذلك الأمر.

ومع كل ذلك، ما زالت مشاعر القلق والتوتر تسيطر عليك دون سبب واضح. والسؤال الآن، ماذا يمكن أن أفعل في هذه الحالة؟ أولاً، يجب عليك معرفة أنك لست بمفردك في هذه الحالة. فقد أوضح الاستبيان الذي تم إجراؤه على العائلات الأمريكية في عام ١٩٧٠ أن ١٨ بالمائة منهم فقط شعروا بعدم الحاجة إلى تقليل الضغط في حياتهم. والحال الآن أسوء بالطبع بكثير مما كان عليه في ذلك الوقت.

ثانيًا، يمكنك تجربة أحد أساليب الراحة والاسترخاء التي سيأتي ذكرها. فقم باختيار الأسلوب الذي يتناسب مع حالتك

والاستمرار عليه لفترة من الزمن. وستكون النتائج إيجابية بإذن الله، بل وسيكون بإمكانك التقدم خطوة نحو التحكم في معدل إفراز الحمض بالمعدة - أو أي أعراض أخرى للقرحة.

استرخاء العضلات التدريجي

يعد هذا هو أبسط أسلوب للاسترخاء. وهو يستخدم لتخفيف حدة المخاوف المرضية والمساعدة في خفض معدلات ضغط الدم المرتفع، كما أنه قد يساعد في تقليل إفرازات المعدة. فيمكنك الاستلقاء على ظهرك في غرفة هادئة ثم محاولة شد مجموعات مختلفة من العضلات وإرخائها وذلك بشكل تدريجي بحيث ينتهي الأمر بتدريب عضلات الجسم بأكملها. ويمكنك البدء والانتهاء بأي جزء تريده: ومن الأفضل البدء بجفون العين وفروة الرأس والرقبة والأكتاف ثم الأذرع ورسغي اليدين والأصابع والظهر وعضلات الصدر والمعدة وعظام الورك قبل الانتهاء بعضلات الفخذ وعضلات بطن الساق والقدمين وأصابع القدمين. وللاطلاع على المزيد، يمكنك الاستفادة من بعض الكتب المعروفة في هذا المجال أو مواقع الويب المتخصصة.

التأمل

يمكن القول إن ممارسة التأمل بهدف الاسترخاء ترجع جذورها إلى الشرق، وبخاصة اليوجا والأشكال الأخرى من التأمل.

هذا، وتركز تدريبات الاسترخاء الخاصة باليوجا على اتخاذ أوضاع بدنية معينة والتحكم في التنفس. كذا، وهناك أشكال أخرى من التأمل تنطوي على المشاركة في جلسات مرتين يوميًا يتم خلالها الجلوس في وضع أفقي مريح والتنفس ببطء وهدوء مع تكرار عبارة معينة.

ويمكن القول إن هذه جميعًا من الأساليب البسيطة، إلا أن بعض المتخصصين يعمدون إلى تعقيدها من خلال استخدامهم لأفكار غريبة أو فلسفية مستوحاة من الأديان الشرقية والتي قد تزيد من صعوبتها على الممارس. وعلى الرغم من ذلك، فإن فعالية التدريبات لا تعتمد على الالتزام بالآراء الدينية للمدرب. وهناك العديد من الدورات المسائية التي تقدم محاضرات في اليوجا دون استخدام هذه التعقيدات الدينية، ومن ثم، فيمكنك تجربة إحداها بعيدًا عن الأفكار الدينية للمدرب.

الاستجابة للاسترخاء

لقد قام أحد الأطباء الأمريكيين يدعى هربرت بنسون (Herbert Benson) بابتكار أسلوب جيد للتأمل وأطلق على الأسلوب الجديد "الاستجابة للاسترخاء" (Relaxation response). وتوضح النقاط التالية أهم خطوات هذا الأسلوب والذي تجب ممارسته مرتين يوميًا.

- الجلوس بهدوء وفي وضع مريح
- إغماض العينين
- إرخاء كل العضلات، كما هو الحال في أسلوب استرخاء العضلات التدريجي

- التنفس بإيقاع منضبط عبر الأنف. ويجب الانتباه في أثناء التنفس؛ ففي أثناء الشهيق، كرر نطق إحدى الكلمات.
- الاستمرار على هذا الحال لمدة عشرين دقيقة. وبعد ذلك، يمكنك استكمال الجلسة بالجلوس بهدوء لبضع دقائق.

ويجب عليك عدم القلق فيما يتعلق بالوصول لدرجة عالية من الاسترخاء. فاترك العملية تتقدم دون تدخل أو قلق منك. وإذا راودتك بعض الأفكار التي يمكن أن تشتت تركيزك، فعليك تجاهلها مع تكرار الكلمة التي ترددها.

أسلوب ألكسندر لاسترخاء العضلات

يرجع تصميم هذا النظام الخاص بتدريبات الاسترخاء إلى نهاية القرن التاسع عشر من قبل ممثل أسترالي يدعى إي إم ألكسندر (E. M. Alexander). وتجدر الإشارة إلى أنه لا يزال يتم استخدام تدريبات هذا النظام حتى اليوم.

لقد رأى هذا الممثل أننا نقوم بتأدية العديد من حركتنا اليومية بطريقة خاطئة – على سبيل المثال، الجلوس أو المشي. ويؤدي هذا بالطبع إلى إرهاق أجسامنا والتأثير على الطريقة التي نتنفس بها. فنحن نميل في كثير من الأحيان إلى إحناء ظهورنا وضغط الضلوع للداخل، مما يؤدي إلى تقليل كمية الهواء الداخل للرئتين والتسبب في تيبس عضلات العمود الفقري. وبالتالي، ستكون النتيجة شكل غير مستقيم للجسم وآلام بالعضلات، مما يؤدي إلى مزيد من الضغوط النفسية والبدنية.

ويمكن القول إن أسلوب ألكسندر هذا يساعد الكثير من الأشخاص على التنفس والاسترخاء بصورة أكثر طبيعية. كذا، يتم تدريس أسس هذا الأسلوب من خلال مدربين متخصصين تم إعدادهم من خلال الدراسة لمدة ثلاث سنوات بأحد المعاهد التدريبية المعتمدة. هذا، وتستغرق الجلسة الواحدة من ٤٥ دقيقة إلى ساعة، مع إمكانية حضور المدرب إلى المنزل للقيام بتعليم الأفراد. ويشعر معظم الأشخاص أن ثلاث أو أربع محاضرات تكفي لتعلم الأساليب التي يمكنها مساعدتهم عن غيرها والقيام بممارستها بأنفسهم.

أما عن التدريب الذي أفضله، فهو التدريب الذي تؤدي ممارسته إلى النوم. فما عليك إلا الاستلقاء على ظهرك على الأرض مع وضع كتاب تحت مؤخرة رأسك بحيث لا ترتفع رأسك فوق مستوى ظهرك، كما يجب ألا تكون الذقن منحنية للأمام تجاه الصدر أو مرفوعة بدرجة كبيرة إلى السقف.

وبمجرد ثباتك على هذا الوضع، يمكنك إرخاء كل العضلات من الأصابع وحتى فروة الرأس وذلك للشعور بالراحة التامة. وقد تنتابك الدهشة من سهولة تأدية التدريب، حتى على الأرضية الصلبة. وعليك الاستمرار على هذا الوضع لمدة خمس دقائق ثم البدء في مد الجانب الأيمن إلى أقصى مدى يصل إليه الذراع والجذع والساق والقدم مع ثبات الرأس على الكتاب بالإضافة إلى ثبات الجانب الأيسر كذلك. استمر على ذلك لمدة تتراوح من ١٥ إلى ٢٠ ثانية ثم ارجع لوضع الاسترخاء مرة أخرى. حاول عمل ذلك خمس أو ست مرات على الجانبين ثم الاسترخاء تمامًا لمدة نصف دقيقة. وبعد ذلك، يمكنك القيام بالشيء ذاته مع الجانب الأيسر مع ثبات الجانب الأيمن في وضعه. حاول تكرار التدريب

على الجانبين خمس أو ست مرات، ثم الاسترخاء في الوضع السابق لمدة عشر دقائق. وقد تجد نفسك بعد ذلك انتابتك حالة من النعاس الخفيف وهو ما يدل على نجاح التدريب. حاول عمل هذا التدريب مرتين أو ثلاث يوميًا في الوقت الذي تريده وذلك حتى يصبح من الروتين اليومي لك.

لمزيد من المعلومات، يمكنك الرجوع للكتب أو مواقع الويب المتخصصة في هذا المجال. ويمكنك الحصول على نصيحة طبيب العلاج الطبيعي بشأن اختيار التدريبات المناسبة لك.

التدخين وتناول الكحوليات

يمكن القول إن التدخين وتناول الكحوليات - شأنهما شأن الضغط العصبي - قد لا يكونان السبب الأساسي في إحداث القرح، إلا أنهما قد يسهمان في تدهور حالات القرح الموجودة بالفعل بدرجة كبيرة أو معاودة ظهورها.

وتجدر الإشارة إلى أن تناول الكحوليات يعمل على تهيج المعدة (فالكحول يزيد من إفراز الحمض)، كما أنه قد يسبب ألم القرحة والنزيف حتى في حالة التخفيف بالماء. ويمكن القول إن الأشخاص المصابين بالقرح يجب عليهم تجنب تناول الكحوليات تمامًا.

وفيما يتعلق بالتدخين، فيمكن القول إن استمرارك في التدخين في أثناء إصابتك بالقرحة يقلل من احتمال شفائك من القرحة. ولن يجدِ تناولك للعقاقير التي أثبتت فعاليتها في علاج القرح، مثل مضادات H_2: كالسيميتيدين والرانيتيدين (Ranitidine). من ثم، فإنه ليس هناك بد من الإقلاع عن التدخين. وسوف يتم من خلال الفصل التالي توضيح كيفية الوصول إلى هذه النتيجة.

الفصل السابع

التدخين والقرحة

في حالة استمرارك في التدخين على الرغم من إصابتك بالقرحة، فلعلك لم تسمع أو تقرأ عن الآثار الضارة الناتجة عن ذلك. وعلى الرغم من ذلك، لعلك تستفيد من قراءة هذا الفصل الذي قد يكون كافيًا لتخليك عن التدخين تمامًا. فليس هناك أي علاج سواء طبي أو جراحي يمنع زيادة معاناتك من أعراض القرح إذا ما استمريت في التدخين. هذا بالإضافة إلى الإصابة بالعديد من الأمراض الخطيرة الأخرى.

فلا يمكن لأي شخص متابع لوسائل الإعلام المختلفة ألا يكون قد سمع عن خطورة التدخين في الإصابة بالأزمات القلبية (Heart Attacks) والتهاب الشعب الهوائية (Bronchitis) المزمن وسرطان الرئة (Lung Cancer) وأيضًا تدمير الدورة الدموية في الأطراف. كذا، وهو يتسبب أيضًا في سرطان المثانة والكلى بالإضافة إلى كونه شريكًا في الإصابة بقرح المعدة والاثنا عشر، وإن كانت هذه المعلومات غير معروفة لكثير من الناس على الرغم من صحتها. ففي حالة إصرارك على التدخين، فأنت بهذه الطريقة تصر على الإصابة بكل هذه الأمراض الخطيرة: فإصابتك بالقرحة فقط لا يعني أنك بمنأى عن الإصابة بأمراض أخرى.

ومن هنا، ففي حالة مواجهتك صعوبة في الإقلاع عن التدخين أو لم يتم إقناعك بهذا الأمر حتى الآن، فيجب عليك قراءة باقي الفصل. وبالطبع يمكن لغير المدخنين تخطي هذا الفصل والانتقال إلى الفصل التالي.

التأثير الضار للتدخين

تجدر الإشارة إلى أن كل المدخنين البالغين اليوم بدءوا في مزاولة هذه العادة في سن المراهقة وما تضمنه ذلك من عدم اعتبارهم للنتائج المترتبة على ذلك في المستقبل. وفي حالة عدم مزاولة عادة التدخين حتى سن العشرين، فهناك احتمال كبير أنك لن تتجه للتدخين فيما بعد.

من المعروف أن السيجارة الأولى تؤدي إلى إحساسك بالغثيان والدوار والتعب نتيجة دخول السموم إلى المخ. وحتى يستمر المدخنين الجدد في هذه العادة، يجب أن يقعوا تحت تأثير أصدقاء السوء. ويمكن القول إنه على الرغم من نفي أباطرة التبغ الأمريكيين في الكونجرس الأمريكي في عام ١٩٩٤ كون التبغ أحد المواد التي تؤدي إلى الإدمان، فإن هذا السلوك - الخاص برغبتك في تحويل أصدقائك إلى هذه العادة - هو في حد ذاته علامة أصيلة على الإدمان.

وبعد فترة قليلة، يبدأ إدمان النيكوتين في السيطرة على تصرفات المدخن؛ حيث يشعر المدخن بعدم الراحة وانعدام التوازن في حالة عدم التدخين. ومنذ هذا الحين، يبدأ الإدمان الحقيقي. ويمكن القول إن قلة من المدخنين هم من يستطيعون الاكتفاء بتدخين سيجارة أو اثنتين يوميًا: فبعد مرور عام أو أكثر، يقوم أغلبهم بتدخين ما يقرب من ٢٠ سيجارة يوميًا، بل إن بعضهم يقوم بتدخين ٦٠ سيجارة كل يوم. وقد تكون هذه الزيادة التدريجية في عدد السجائر هي علامة أخرى للإدمان.

وبالنسبة للأطباء مثلي الذين يكون عليهم مواساة العديد من العائلات ممن راح بعض أفرادها ضحية للتدخين وهم في

الأربعينيات والخمسينيات من عمرهم، فقد يكون من الغريب ملاحظة كيف يكون لأي شخص الجرأة الكافية للتفكير في مجرد إشعال سيجارة واحدة وتدخينها. ومع هذا، فإنه فيما يتعلق بالمدخن، فقد يكون إدمانه لهذه العادة أهم عنده من حياته. ويعد هذا صحيحًا فيما يتعلق بالمدخن الذي يعاني من القرحة في الوقت ذاته؛ حيث إن التدخين يمنع شفاء القرح – وهذا قد يعني زيادة مخاطر حدوث النزيف وحدوث الثقوب في جدار المعدة. ويمكن القول إن كلاً من هذه المضاعفات – والتي تم ذكرها في الفصل الثاني - قد سببت العديد من حالات الوفاة المبكرة لأشخاص كانوا يتمتعون بصحة جيدة.

ولكن كيف يمكن للتدخين الإسهام في تدهور حالة القرحة الموجودة؟ فيمكن القول إن التأثيرات الضارة المباشرة للتدخين تنتج عن النيكوتين (Nicotine) وأول أكسيد الكربون (Carbon Monoxide). وفي حالة قيامك بتدخين سيجارة واحدة يوميًا، فإنك تنقل كمية كافية من هاتين المادتين إلى مجرى الدم مما يقلل من فرص الشفاء من القرحة.

وتجدر الإشارة إلى مسئولية النيكوتين في تضييق الشرايين الصغيرة التي تمد خلايا جدار الاثنا عشر والمعدة بالأكسجين والمواد الغذائية. وقد يؤدي ذلك إلى عدم القدرة على بناء الغشاء المخاطي، في الوقت الذي يتم فيه تحفيز إفراز الحمض وإنزيم البيبسين مما يؤدي إلى الإخلال بتوازن الحمض والإنزيم في مقابل حماية الغشاء المخاطي.

كذا، يسهم أول أكسيد الكربون في تقليل كمية الأكسجين في الدم، ومن ثم، فإن الدم الذي استطاع المرور عبر الأوعية

الضيقة يحمل كمية أكسجين أقل من المفترض. ويمكن القول إن صعوبة تدفق الدم وكمية الأكسجين القليلة في الدم بالإضافة إلى التأثير المباشر لأول أكسيد الكربون السام على الخلايا نفسها كل ذلك له تأثير مدمر على الخلايا في الجدار الداخلي لكل من المعدة والاثنا عشر.

هذا، ويمكن القول إن علاج القرحة يعتمد بدرجة كبيرة على الحصول على كمية الأكسجين اللازمة، كما أن أقل قدر من أول أكسيد الكربون السام قد يؤدي إلى تأخير الشفاء من القرحة. وبالطبع، ستكون عملية الشفاء مستحيلة مع قيام أحد المدخنين بتدخين ما يقرب من ٢٠ سيجارة أو أكثر يوميًا. وعلى هذا، ستكون هناك قرحة دائمة في المعدة أو الاثنا عشر، بالإضافة إلى زيادة فرص الإصابة بنزيف شديد أو حدوث ثقوب في المعدة. كذلك، فإنه حتى في حالة المستويات المنخفضة من أول أكسيد الكربون والنيكوتين في المدخنين السلبيين، فإن الشفاء من القرحة سيتأخر بعض الشيء.

ويمكن أن يضاف إلى ذلك التأثيرات الضارة التي يحدثها التدخين في الأعضاء الحيوية الأخرى وخاصة الرئة والقلب - واحتمال توقفهم عن أداء وظائفهم الحيوية وارد بلا شك.

وإليك بعض الحقائق المتعلقة بالتدخين التي ينبغي عليك إدراكها جيدًا:

- يلعب التدخين دورًا أساسيًا في حدوث الكثير من حالات الوفاة نتيجة لأمراض القلب وأمراض الرئة المزمنة - مثل التهاب الشعب الهوائية المزمن والانتفاخ الرئوي (Emphysema) - وسرطان الرئة.

- يتضاعف احتمال إصابة المدخنين بأزمات قلبية قاتلة أكثر من غيرهم من غير المدخنين، كما أن الخطورة تزداد مع كل سيجارة يتم تدخينها يوميًا.

- تجدر الإشارة إلى أن المدخنين من الرجال أقل من ٤٥ عامًا والذين يقومون بتدخين ٢٥ سيجارة يوميًا أو أكثر يتضاعف احتمال إصابتهم بأزمات قلبية قاتلة بنسبة من ١٠ إلى ١٥ بالمائة عن غيرهم من غير المدخنين.

- فيما يتعلق بالدول المتقدمة، تحدث حالات الوفاة لما يق[illegible] من ثلث الرجال قبل الوصول إلى سن ٦٥: ويمكن القو[illegible] أغلب هذه الوفيات تعد نتيجة مباشرة للتدخين.

- يمكن القول إن ٤٠ بالمائة ممن يدخنون بشراهة يموتو[illegible] قبل الوصول إلى سن ٦٥؛ بينما قد يعاني عدد كبير من النسبة الباقية من ذبحة صدرية أو التهاب في الشعب الهوائية أو أزمات قلبية أو الحاجة لعمليات بتر للساقين، والتي تعد كلها نتيجة للتدخين.

- تعيش نسبة ١٠ بالمائة فقط من المدخنين حتى سن ٧٥ في حالة جيدة، في حين أن معظم غير المدخنين يعيشون بصحة جيدة حتى هذه السن.

- إن ٤٠ بالمائة من حالات الوفاة بالسرطان في بريطانيا ترجع للإصابة بسرطان الرئة: كما أن سبعة فقط من بين ٤٤١ طبيبًا بريطانيًا توفوا نتيجة سرطان الرئة لم يقوموا بالتدخين في حياتهم.

- تجدر الإشارة إلى أن واحدًا فقط من بين ٦٠ من غير المدخنين يصاب بمرض سرطان الرئة (حتى مع كونهم مدخنين سلبيين): وقد تكون النسبة المقابلة في المدخنين بشراهة واحدًا من كل ستة.
- من أنواع السرطان الأخرى المرتبطة بالتدخين الأورام المتعلقة باللسان والحلق والحنجرة والبنكرياس والكلى والمثانة (Bladder) وعنق الرحم (Cervix): كما أن حالة من كل ثلاث حالات إصابة بالسرطان بصفة عامة إحداها يكون المتسبب الرئيسي في حدوثها هو التدخين.

الأعذار الواهية للمدخنين

هل اقتنعت بالتوقف عن التدخين أو أنك لا زلت غير مقتنع؟ إذا كانت الإجابة بالنفي، هل ستذكر أيًا من الأعذار الواهية التي يسمعها العديد من الأطباء من المدخنين كل يوم والمبررة لحاجتك في الاستمرار في اتباع هذه العادة السيئة؟ وفيما يلي قائمة بأكثر هذه الأعذار شيوعًا مع الرد المناسب عليها:

- *كان عمي أو أبي أو جدي يقوم بتدخين ما يقرب من ٢٠ سيجارة يوميًا ولكنه عاش حتى سن الخامسة والسبعين بحالة صحية جيدة.* بالطبع قد يكون ذلك صحيحًا، إلا أننا لا يجب أن نغفل بأي حال من الأحوال الحالات العديدة التي وافتها المنية قبل بلوغ هذا السن بفترة كبيرة. وما يدريك أنك لن تكون واحدًا من هؤلاء الأشخاص الذين يمثلون الأغلبية وليس مع الحالات الفردية الأخرى.

- *يعاني غير المدخنين من أمراض الرئة.* نعم، هذا صحيح، إلا أن أكثر من ٩٨ بالمائة من الأشخاص المصابين بمرض مزمن وخطير في الرئة قد مارسوا عادة التدخين سابقًا أو لا يزالون يمارسونها. كما أنه فيما يتعلق بالعدد القليل من الأشخاص المصابين بمثل هذه الأمراض من خلال الوراثة، فإن التدخين يؤدي إلى تدهور حالتهم.

- *إن غير المدخنين قد يصابون أيضًا بالقرحة.* هذا صحيح، إلا أنه في حالة معالجتهم من خلال العقاقير المناسبة، فإن المرض سيختفي. وفي المقابل، فإن القرح في الأشخاص المدخنين لا يتم شفاؤها أو تستغرق وقتًا أطول للشفاء.

- أنا مدخن معتدل ولست *مدخنًا شرهًا.* والرد: هل يكون الاعتدال في تنفس سموم الزرنيخ أو الرصاص في البنزين والقيادة المتهورة أو العنف مقبولاً؟ وبالتالي، ليس هناك حد آمن لتناول النيكوتين أو أول أكسيد الكربون، ومن ثم، فلا يوجد ما يسمى بالاعتدال في التدخين وغير هذا من الهراء.

- *يمكنني تقليل عدد السجائر التي أدخنها ولكن ليس الإقلاع عن التدخين تمامًا.* إن ذلك لن يجدِ أيضًا. فالعديد من الأشخاص المتبعين لهذا الأسلوب ينتهي بهم الحال لشراهة أكثر في التدخين ووصول النسبة ذاتها من النيكوتين وأول أكسيد الكربون السام إلى مجرَى الدم والخلايا المخاطية. ومن هنا، فإن الحل الأمثل هو التوقف نهائيًا عن التدخين.

- *تتساوى احتمالات وفاتي في حادث سيارة مع تلك الخاصة بالتدخين.* تجدر الإشارة إلى أن حوادث الطريق في بريطانيا تتسبب في ١٥ حالة وفاة يوميًا. أما عن التهاب الشعب الهوائية المزمن الناتج عن التدخين يسبب وفاة أكثر من ١٠٠ شخص يوميًا، كما هو الحال في سرطان الرئة والأزمات القلبية والتي تتضاعف فيها حالات الوفاة أكثر من ٢٠ مرة. ويمكن القول إنه من بين كل ١٠٠٠ شاب مدخن، فإن واحد منهم في المتوسط قد يقتل، في حين يلقى ستة أفراد مصرعهم في حوادث الطرق، ويموت ما يقرب من ٢٥٠ منهم في سن مبكر كنتيجة مباشرة للتدخين. كذا، فإن ١٥ منهم قد يلقوا حتفهم بسبب التدخين الذي قد يؤدي إلى حدوث ثقوب قاتلة في جدار المعدة أو النزيف بسبب القرحة.

- *سأموت إن عاجلاً أو آجلاً.* طالما سمعت هذه العبارة وخاصة من أشخاص يتمتعون بصحة جيدة. واللافت للنظر أنها لا يقولها شخص يعاني بالفعل من مرض مزمن مثل مرض بالقلب أو قرحة مستعصية.

- *لا أريد أن يتقدم بي العمر حتى أصل لسن كبير.* بالطبع يتمنى الكثير من الأشخاص الحياة أطول فترة ممكنة، إلا أننا لا نريد أن نصاب بالأمراض التي يعاني منها كبار السن. ففي حالة العناية والحذر فيما يتعلق بحالتنا الصحية مع تقدمنا في العمر، فإننا سنتمتع بالحياة بصورة أفضل. وقد ينطبق هذا على وجه الخصوص بعملية الهضم الجيدة والقدرة على تناول الطعام بطريقة تسهل من الاستمتاع به.

- *قد تحدث لي زيادة في الوزن في حالة توقفي عن التدخين.* قد لا ينطبق هذا على حالتك، إلا أن الحال كذلك بالنسبة للعديد من المدخنين الآخرين. ففي حالة إصابتك بقرحة الاثنا عشر، فقد تلجأ لتناول مزيد من الطعام لتخفيف حدة الألم. إلا أنك إذا توقفت عن التدخين وأدى ذلك الشفاء من هذه القرحة، فقد تشعر بالرغبة في التقليل من تناولك للطعام. على أية حال، إن التوقف عن التدخين قد يعيد شهيتك للطعام لوضعها الطبيعي، ومن ثم، ستتمتع بالطعام مرة أخرى ولن تستخدمه كوسيلة لوقف الألم الذي تشعر به. فالتمتع بالطعام يعد من نعم الله علينا، كما أن التوقف عن التدخين سيزيد من تمتعنا بالحياة. كذا، فإنه حتى في حالة زيادة وزنك، فإن المخاطر المتضمنة في زيادة الوزن تعد أقل خطورة بكثير من الاستمرار في ممارسة عادة التدخين.

- *إنني أستمتع بالتدخين ولا أرغب في الإقلاع عنه.* هل أنت متأكد من ذلك؟ أليس هذا عذرًا تريد من خلاله تجنب الاعتراف بعدم قدرتك على التوقف عن التدخين؟ وسؤالي لك هو: هل تشعر باستمتاع حقيقي في أثناء التدخين؟ وإذا كان الأمر كذلك، كيف يتم ذلك؟ حاول أن تكون صريحًا مع نفسك.

- *إن التدخين يعمل على تهدئة أعصابي، وفي حالة إقلاعي، فقد ألجأ إلى استخدام المهدئات.* إن السيجارة تشبه اللعبة التي نهدئ بها الطفل الصغير حتى لا يبكي. وقد تكون خطوات التدخين ذاتها - بدءًا من علبة السجائر والولاعة وفلتر السيجارة ووضع السيجارة في الفم

وإشعالها - بدائل لحالة الملل أو الوحدة التي يشعر بها المدخن. ولكن هذه الأشياء كلها ليست مجدية لحالته أو يمكنها تخليصه من حالة الضغط العصبي التي يعاني منها، بل إنها قد تؤدي إلى ضعف صحته. فإذا كنت تعاني من القرحة، فإن التدخين سيمنع شفاءك، وسيزيد الألم الناتج عن ذلك من توتر أعصابك والضغط العصبي الواقع عليك.

- *سأتحول من تدخين السجائر إلى تدخين الغليون أو السيجار - فهما أفضل من الناحية الصحية*. هذا هو الخطأ بعينه. فمن المعروف أن الغليون والسيجار يحتويان على المستويات ذاتها من النيكوتين أو أول أكسيد الكربون مثل السجائر العادية والتي تنتقل إلى مجرى الدم عبر التدخين، ويؤدي ذلك بالتأكيد إلى استمرار معاناتك من آلام القرحة والمشكلات المرتبطة بها.

- لا فائدة *من الإقلاع عن التدخين بعد ممارسته لمدة ٤٠ عامًا*. إن هذا ليس صحيحًا. ففي حالة توقفك، فإنه في خلال يوم أو يومين تكون القرحة في طريقها للشفاء، كما أنه في غضون شهر أو ما شابه، فإن المعدة والاثنا عشر سيظهران من خلال المنظار دون أي أثر لوجود قرح. ليس ذلك فحسب، بل أنك بهذه الطريقة تقلل من مخاطر إصابتك بالأزمات القلبية أو سرطان الرئة على المدى البعيد. وبالطبع، ففي حالة توقفك اليوم عن التدخين، فيمكنك منع حدوث الثقوب بالمعدة أو النزيف الذي كان من المحتم حدوثه قريبًا. هذا، وقد يكون من المفيد تذكر خطورة القرحة في الشخص المدخن وكأنها بمثابة قنبلة موقوتة بصرف النظر عن فترة تدخينك سواء طالت أم

قصرت. وفي الحقيقة، كلما زادت فترة التدخين، زادت صعوبة شفائك من القرحة، ومن ثم، تضاعف احتمالات إصابتك بمشكلات خطيرة بعد ذلك.

- *أرغب بشدة في الإقلاع عن التدخين إلا أنني لا يمكنني ذلك على الرغم من تجربتي لكل الوسائل.* ويمكن القول إن الإقلاع عن التدخين عملية سهلة جدًا في ظل وجود رغبة أكيدة داخل المدخن. وبالطبع، يتحتم عليك بذل المزيد من الجهد؛ فلا تتوقع أن يقوم شخص آخر بهذه العملية بالنيابة عنك. فيجب أن يكون لديك الدافع القوي للتوقف عن هذه العادة القاتلة. ونحاول في السطور التالية تقديم بعض المساعدة لك لكي تنجح في ذلك.

الإقلاع عن التدخين

وجود دافع قوي

قد يختلف الدافع للتوقف عن التدخين من شخص لآخر، بل من جيل لجيل.

فالمراهقون - على سبيل المثال - قد لا يلقون بالاً للمخاطر الصحية التي قد تصيبهم من جراء التدخين على المدى البعيد. فهم ينظرون لهذه المخاطر على أنها لن تحدث قبل منتصف العمر أو فترة الشيخوخة وهو الأمر الذي يعتقدون أنه لا يزال بعيدًا عنهم. ولكن اللافت للنظر أنهم قد يتمادون في عادة التدخين لأنهم يحبون المخاطرة التي ينطوي عليها ذلك الأمر. ومن هنا، فإذا أردت إبعاد أحد المراهقين عن التدخين – وخاصة المصابين منهم بالقرح، فيمكنك التركيز على الآثار التي يتركها التدخين على مظهرهم ورائحتهم.

كذلك، يؤدي التدخين إلى تلوث البيئة واستغلال الفقر المدقع للدول النامية في تحقيق ثروات طائلة لشركات التبغ العالمية متعددة الجنسيات. فمئات الآلاف من الهكتارات من الأراضي الزراعية الجيدة في باكستان والبرازيل يتم استغلالها في زراعة التبغ لتحقيق مكاسب مادية كبيرة وتوفير المتعة للعالم المتقدم على حساب استغلال هذه الأراضي لإنتاج الطعام للفقراء في الدول النامية.

بل والأسوأ من ذلك هو ترويج شركات التبغ العالمية لبضاعتها إلى سكان الدول النامية مما يؤدي إلى انتشار أمراض القرح والرئة إضافة إلى الأوضاع الصحية المتدهورة هناك بالفعل. وتجدر الإشارة إلى أن الولايات المتحدة - والتي تعد في المرتبة الثانية بعد فنلندا في إصدار المحاذير والقيود على التدخين في الأماكن العامة - تعد في الوقت الحالي أكبر مصدر للسجائر للدول الأخرى. (كذا، فإن العاملين المدخنين في الشركات الفنلندية يجب عليهم الابتعاد مسافة لا تقل عن ١٥ مترًا بعيدًا عن مدخل الشركة العاملين بها لممارسة التدخين.

وهنا نتساءل: من المراهق الذي يريد أن يكون جزءًا من عملية استغلال الفقراء من قبل الأغنياء؟ ويمكن القول إن طلاب اليوم الذين يحملون همومًا كبيرة فيما يتعلق بالنواحي المالية والأفاق المستقبلية لوظائفهم والمصابين منهم بالقرحة سيفندون تلك الآراء بالتأكيد.

وفيما يتعلق بالشباب صغير السن، فإن القلق المتعلق بمظهرهم قد يكون الدافع لهم للتوقف عن التدخين. فالتدخين يجعل الأشخاص تبدو عليهم أعراض الشيخوخة مبكرًا. هذا، وقد

يؤدي التغير الناتج في الدورة الدموية للجلد بسبب مادة النيكوتين الضارة إلى ظهور الكثير من التجاعيد وأيضًا، وخاصة بين سكان القوقاز، تحول لون البشرة إلى لون مائل إلى الرمادي. وقد تهتم النساء أكثر من الرجال بهذا الأمر، وخاصة بسبب عرض مجلات الأزياء للعديد من العارضات اللاتي يتمتعن ببشرة صحية. وبالطبع، تقوم العارضات باستخدام العديد من مستحضرات التجميل لأنه لا توجد بشرة طبيعية بهذا اللون الذي يظهرن به. ويمكن للنساء المدخنات الراغبات في زيادة جمالهن الاستغناء عن التكاليف الباهظة لكريمات التجميل والسجائر من خلال التوقف نهائيًا عن التدخين. والغريب أنه حتى الآن لا يزال التدخين يرتبط بمفهوم الرجولة عند بعض الناس. وهذا اعتقاد غير صحيح بالطبع.

ويمكن القول إن التغير السريع في خصائص الجلد الذي يؤدي إلى الشيخوخة المبكرة الناتج عن دخان السجائر له أثر في مستويات الهرمونات أيضًا. كذا، فإن النساء المدخنات يصلن إلى سن اليأس (Menopause) أسرع من غيرهن من غير المدخنات. وتجدر الإشارة إلى أن سيدات الأعمال المدخنات اللاتي يخططن لتأجيل الحمل حتى فترة الثلاثينيات من عمرهن قد لا يجدن الفرصة للحمل بعد ذلك.

وفيما يتعلق بالرجال والنساء الأكثر نضجًا، فإن الدافع للتوقف عن التدخين يكون هو الحفاظ على الحالة الصحية. كذا، فإن الإحصائيات الخاصة بمن تجاوزا سن الستين من المدخنين تعد بالفعل مفزعة. فثلث المدخنين من الرجال لا يعيشون حتى سن الستين؛ حيث إن التدخين يعد السبب الأساسي لموتهم. وفي حالة إصابتك بقرحة واستمرارك في التدخين، ولم يقنعك هذا

بالإقلاع عن التدخين، فيجب عليك أن تفكر في زوجتك التي من المحتمل أن تعيش العشرين أو الثلاثين سنة الباقية من عمرها بمفردها بعد موتك بسبب التدخين.

وفي حالة كونك في الأربعينيات من العمر أو أكثر مع استمرارك في التدخين، فستزداد احتمالات إصابتك بالتهاب الشعب الهوائية المزمن وسيتعرض الجهاز الدوري لمشكلات كثيرة. كما أنه في حالة إصابتك بقرحة أيضًا، فأنت في هذه الحالة تتجه نحو كارثة كبرى - وذلك للأسباب الثلاثة التالية:

- تؤدي مادة النيكوتين إلى تهيج القرحة ومنع شفائها بسرعة. وعلى الأقل، سيؤدي ذلك إلى استمرار الشعور بالألم. كذلك، فإن هذه المادة تعمل على زيادة مخاطر حدوث النزيف أو ثقوب بجدار المعدة؛ حيث إن احتمالات حدوث ذلك تزداد يوميًا مع وجود القرحة.
- في حالة حدوث نزيف بسبب القرحة، فإن كمية الدم المفقودة تكون كبيرة جدًا عن الحالة الطبيعية؛ وذلك بسبب تلف وعاء الدم وتهتكه وعدم قدرته على العمل بشكل طبيعي.
- في حالة حدوث ثقوب في المعدة بسبب القرحة، ستحتاج إلى إجراء عملية جراحية عاجلة. ويمكنك سؤال أحد أطباء التخدير عن منظر الرئة الخاصة بأحد المرضى من المدخنين الشرهين عند إجراء أية عملية، وخاصة في حالة الطوارئ مع معاناة المريض من التسمم بسبب التهاب الغشاء البيريتوني.

كيفية التوقف عن التدخين

والآن، وبعد أن تولد لديك دافع قوي للتوقف عن التدخين، ما الخطوة التالية؟

في البداية، تأكد أن هدفك الأساسي هو التوقف نهائيًا عن التدخين وليس فقط التقليل منه، ثم صمم على القيام بذلك وابدأ فورًا. إنني كنت أخير المدخن بين التوقف فجأة عن التدخين والإقلاع التدريجي حتى يتوقف نهائيًا. ولكنني الآن أرى أن طريقة الجنرال الفرنسي ديجول - وهي الإقلاع المباشر - هي أفضل طريقة.

فقد أعلن الجنرال الفرنسي من خلال وسائل الإعلام أنه توقف نهائيًا عن التدخين. ومنذ تلك اللحظة، لم يظهر وهو يدخن؛ حيث إنه إذا رجع إلى التدخين، سيتهمه الجميع بالكذب والخداع. ويمكنك أنت أيضًا أن تفعل ذلك أمام أصدقائك المقربين وتتعهد بالإقلاع عن التدخين وعدم الرجوع إليه ثانية. ففي الوقت الحالي وما يتخلله من حملات توعية ضد التدخين، ستحظى بالمزيد من الدعم والتعاطف من جانبهم.

كذلك، من النصائح المهمة للمدخن هي جمع كل السجائر الموجودة بجيبه أو حقيبته أو بالمنزل أو بأي مكان آخر ثم التخلص منها جميعًا. ويعقب هذا العزم الشديد على عدم العودة لهذه العادة السيئة أو شراء علبة سجائر أخرى ورفضها من أي شخص يقوم بعرضها عليه. ويمكنك وضع ملصق مدونة عليه عبارة غير مدخن على واجهة السيارة أو حتى على نافذة قريبة من الباب الأمامي لزيادة التأكيد على كونك غير مدخن. كذلك، فإن هذا الملصق قد يمنع الدخول في جدل لا جدوى منه مع الأصدقاء أو الزائرين الذين يرغبون في التدخين.

وتجدر الإشارة إلى أن الأشخاص الذين يرغبون في التوقف فجأة عن التدخين تنتابهم مخاوف من أعراض انسحاب النيكوتين من الجسم. فهم يعتقدون أنهم قد يعانون من العصبية وسرعة الغضب والقلق وأيضًا الأرق. والرد على ذلك أنه من خلال خبرتي، وجدت أن الأشخاص الذين توقفوا فجأة عن التدخين - لمعاناتهم من مشكلات صحية خطيرة، مثل الأزمات القلبية أو بسبب حدوث ثقوب بالمعدة أو نزيف حاد نتيجة للقرحة - لم يتعرضوا لأي أعراض غير طبيعية بعد توقفهم عن التدخين. ويرجح هذا أن هذه الأعراض نفسية أكثر منها بدنية.

وعلى هذا، لماذا لا تتوقف عن التدخين قبل أن تحدث الكارثة ثم تبحث عن طرق لمعالجتها؟ فقد لا تتاح لك الفرصة بعد ذلك للعلاج. ويجب أن يكون دافعك للتوقف عن التدخين هو ذاته الدافع الذي يتولد لديك بعد دخول العناية المركزة بسبب التدخين الذى تضطر للتوقف عنه للحفاظ على حياتك.

أما عن الطريقة الأخرى بالنسبة للإقلاع عن التدخين، فتتمثل في الإقلاع التدريجي. وفي حالة اتخاذك لهذا القرار، يجب أن تكون أول سيجارة تتوقف عنها هي السيجارة الأخيرة التي تتناولها في أثناء الليل. فالعديد من القرح تزيد بسبب استمرار المعدة في إفراز الحمض خلال فترة الليل في الوقت الذي لا يتم فيه تناول الطعام لمعادلة هذا الحمض. هذا، ويؤدي تدخين آخر سيجارة إلى استمرار إفراز الحمض، مما يقلل من أية فرصة لشفاء القرحة.

ومن هنا، ففي حالة اعتيادك على تدخين آخر سيجارة قبل النوم مباشرةً، يمكنك تقديم موعد تناولها ليكون قبل ساعة من

النوم وذلك في الأيام القليلة الأولى للإقلاع. وبعد أسبوع، لا تتناول هذه السيجارة وقدّم موعد آخر سيجارة ليكون قبل ساعة من الموعد السابق. وتجدر الإشارة إلى أنه بمرور الأسابيع ستلاحظ أن السيجارة الأخيرة التي تتناولها تقترب من موعد الظهيرة وهو الأمر الذي سيستغرق ستة أسابيع في الغالب؛ كذلك، يمكنك بعد اتباع هذه الخطة لمدة أسبوع أو اثنين تأجيل السيجارة الأولى التي تتناولها في اليوم ساعة كاملة. ومن النصائح المفيدة في هذا الشأن عدم وضع علبة السجائر بجانب سريرك؛ بل وضعها في غرفة أخرى حتى تشعر بالكسل ولا تحاول القيام لإحضارها من الغرفة الأخرى.

كذا، يمكنك بمرور الأسابيع تأجيل السيجارة الأولى التي تتناولها في الصباح ساعة كاملة أخرى. ومن هنا، فإنه بعد ستة أسابيع من اتباع هذه الخطة يكون موعد السيجارة الأولى هو ذاته موعد السيجارة الأخيرة. وهنا تجد أنه من السهل التوقف عن عادة التدخين بصورة نهائية.

وفي حالة احتياجك للمزيد من المساعدة للإقلاع عن التدخين، يمكنك حمل قطع من اللبان أو الجزر أو الكرفس لتتناولها في حالة شعورك بالرغبة في تدخين سيجارة. ويمكنك الاستعانة بصديق لمساعدتك في هذا الأمر وتشجيعك ومراقبة تقدمك اليومي. كذا، يمكنك الاستعانة برسم بياني لتسجيل تقدمك؛ حيث يشعر الكثير من الأشخاص بالرغبة في وجود دليل ملموس على تقدمهم.

ولعل من أهم الأشياء التي يجب تجنبها استخدام لبان النيكوتين. فالنيكوتين عامل أساسي في إصابتك بالقرحة، كما أنه سيؤدي إلى تفاقم القرحة والتهابها؛ ومن ثم، عدم تحقيق

الهدف الذي تم استخدام اللبان من أجله. كذا، ففي حالة استخدامك أية وسائل مساعدة للتوقف عن التدخين، مثل الإبر الصينية (Acupuncture) أو التنويم المغناطيسي (Hypnosis)، فيجب أن تعلم أن هذه الأشياء مجرد وسائل مساعدة لك وليست لها قدرات سحرية؛ فهي لا تستطيع أن تمنحك الدافع القوي للإقلاع عن التدخين لأن هذا الدافع يجب أن ينبع من داخل المدخن.

وفي حالة وصولك إلى اليوم المحدد للتوقف عن التدخين، يجب أن تكون قد أقلعت تمامًا عن هذه العادة السيئة. فلا يجب عليك أن تقوم بشراء سجائر أو قبولها من أحد بعد هذا اليوم، مهما كانت الإغراءات.

كذا، يجب عليك أن تدرك أنك لست وحدك من يحاول الإقلاع عن التدخين. تجدر الإشارة إلى أن معدل التدخين في بلد مثل بريطانيا في تناقص؛ حيث يصل عدد من يقلعون عن التدخين كل عام إلى مليون شخص. بالإضافة إلى ذلك، يوجد الآن مدخن واحد فقط من بين كل ثلاثة بالغين.

جمعيات محاربة التدخين وتحسين الصحة

وبعد قراءتك الفقرات السابقة، يجب أن تكون قد اقتنعت بضرورة التوقف عن التدخين. ولكن ربما تسأل: كيف سيؤثر الإقلاع عن التدخين على نمط حياتي؟ فإلى جانب تماثل القرحة للشفاء مع انخفاض إقبالك على التدخين، قد تتضايق من القيود التي تفرضها عليك فترة ما بعد التوقف عن التدخين. قد تجد أنه من الصعب تجنب دخان السجائر النابع من المدخنين في الأماكن العامة.

ويمكنك فعل شيء حيال ذلك من خلال الانضمام لإحدى جمعيات محاربة التدخين وتحسين الصحة. وتقوم تلك الجمعيات بعمل حملات هدفها توفير بيئة خالية من التدخين في العمل والمطاعم والمقاهي والبنوك ومكاتب البريد وأيضًا في المدارس. وتقوم هذه الجمعيات بعمل قوائم بالأماكن التي يمكن لغير المدخنين الذهاب إليها وهم متأكدون من أنهم سيتمتعون بهواء نقي خال من آثار التدخين المنبعث من السجائر.

فوائد الإقلاع عن التدخين

إذا كنت ما تزال تشعر بالصعوبة في الإقلاع عن التدخين، فيمكنك قراءة قائمة الآثار الإيجابية التالية للتوقف عن التدخين ثم إصدار قرارك بشأن التوقف عن التدخين أو الاستمرار فيه.

بعد مرور عشرين دقيقة عقب تدخين آخر سيجارة

- هبوط ضغط الدم إلى المستوى الطبيعي (عادةً ما يكون معدل الضغط مرتفعًا لدى المدخنين)
- عودة معدل نبضات القلب إلى طبيعته
- رجوع الدورة الدموية إلى طبيعتها في أصابع اليدين والقدمين (فالتدخين يؤدي إلى إعاقتها)
- رجوع الدورة الدموية في المعدة والاثنا عشر إلى طبيعتها (مع بداية عملية الشفاء في حالة إصابتك بالقرحة)

بعد مرور ثمان ساعات

- انخفاض أوَل أكسيد الكربون في الدم والأنسجة إلى مستوى معادل للمستوى الطبيعي الخاص بغير المدخنين
- ارتفاع الأكسجين في الدم إلى المستويات الطبيعة

بعد مرور يوم

- انخفاض فرص إصابتك بأزمة قلبية بدرجة كبيرة
- انخفاض فرص إصابتك بثقوب في جدار المعدة أو حدوث نزيف بدرجة كبيرة

بعد مرور يومين

- تحسن قدرتك على التذوق والشم
- عودة شهيتك لحالتها الأولى
- ظهور علامات الشفاء من القرحة في حالة إصابتك بها

بعد مرور ثلاثة أيام

- اتساع الرئتين؛ ومن ثم، استنشاق قدر أكبر من الهواء. وبالتالي، يكون التنفس بسهولة أكثر.

بعد مرور أسبوعين إلى ثلاثة أشهر

- شفاء القرحة
- تحسن سريان الدورة الدموية بصفة عامة
- تحسن قدرتك على المشي وزيادة سرعته

بعد مرور شهر إلى تسعة أشهر

- اختفاء أعراض الكحة المزمنة
- تخلص الرئتين من آثار التدخين، بالإضافة إلى انخفاض قابليتهما للعدوى
- تجنب مرحلة واحدة على الأقل من أعراض معاودة ظهور قرحة الاثنا عشر

بعد مرور خمس سنوات

- انخفاض قابلية إصابتك بسرطان الرئة بنسبة من ١٣٧إلى ٧٢ في الألف
- تجنبك ثلاث أو أربع مراحل من أعراض معاودة الإصابة بقرحة الاثنا عشر
- استكمال شفاء القرحة تمامًا

بعد مرور عشر سنوات

- انخفاض قابلية إصابتك بسرطان الرئة إلى نسبة ١٢ في المائة ألف
- انخفاض قابلية إصابتك بسرطان الفم والمريء والمرارة والكلى والبنكرياس بدرجة كبيرة جدًا
- عدم ظهور أي أثر للقرحة

ولعل ما تم ذكره حتى الآن يكون كافيًا للتفكير الجاد في الإقلاع عن التدخين، ليس فقط لتجنب الإصابة بقرح المعدة والاثنا عشر، ولكن أيضًا لتجنب الإصابة بأمراض أخرى خطيرة.

الفصل الثامن

علاج القرحة باستخدام العقاقير الطبية

في عام ١٩٩٥، خصص أحد البرامج العلمية بإحدى الشبكات الإذاعية المعروفة حلقة لإلقاء الضوء على مرض قرحة المعدة. وقد تناولت الحلقة كيف أن علاج بكتيريا HP له أثر كبير في شفاء القرحة، بالإضافة إلى انخفاض تكلفته وقلة مشكلاته التي يسببها للمرضى بعكس العلاج الوحيد المستخدم حين ذاك والمتمثل في العقاقير الطبية التي توقف إفراز الحمض – على سبيل المثال، مضادات H_2 سواء أكانت السيميتيدين أم الرانيتيدين (التاجامت أو الزانتك).

وقد شجع هذا البرنامج المرضى من المشاهدين على استشارة الأطباء وإجراء الفحص الخاص باكتشاف الإصابة ببكتيريا HP (وذلك من خلال اختبار النفس المذكور في الفصل الرابع). كذا، وقد طلبوا من الأطباء الحصول على علاج مضاد لبكتيريا HP وانتظروا تتبع النتائج بعد مرور عام.

ويمكن القول أن هذه هي المرة الأولى التي يقوم فيها التليفزيون بالترويج عن أسلوب جديد لمعالجة أحد الأمراض. ويبقى معرفة عدد المصابين بالقرحة الذين سيرغبون في اتباع هذا الأسلوب العلاجي الجديد ومدى استجابة الأطباء لذلك. وقد يعترض كثير من الأطباء لمحاولة المرضى تغيير طريقة العلاج استجابة لنصيحة تم تقديمها من خلال برنامج تليفزيوني. فمن

المعروف أنه من الأفضل تأسيس نظام العلاج وفقًا للظروف الخاصة بكل حالة مرضية والطرق المعتمدة من الناحية الطبية، وأيضًا خبرات الطبيب المعالج من خلال معايشته للعديد من الحالات المشابهة. وعلى الرغم من ذلك، فقد نالت هذه التجربة حظًا معقولاً من النجاح، كما أنها قد تساهم في تغيير الطريقة التي تتم بها معالجة القرح.

ويحاول هذا الفصل مساعدة مريض القرحة في تحديد أسلوب العلاج الذي يتناسب مع حالته المرضية وكيفية الحكم على مدى فعاليته. فهذا الفصل يعرض لكل أساليب العلاج المتاحة ومزايا كل منها وعيوبه.

أهداف علاج القرحة

يمكن القول أن لعلاج القرحة المعدية أربعة أهداف رئيسية وهي:

- تخفيف حدة الألم المصاحب للقرحة
- الإسراع بعملية شفاء القرحة
- منع معاودة أعراض القرحة مرةً أخرى
- تجنب المضاعفات

وقبل أن نتعرض للعلاج بالعقاقير، سنعرض بعض الإرشادات العامة التي يجب على المريض اتباعها.

الإرشادات العامة

على الرغم من توافر عقاقير فعالة لعلاج القرحة وعدم احتياجك للراحة في حالة الألم الشديد، فإنه من المفيد الخلود للراحة بعض الوقت. ويمكن القول أنه قبل ظهور عقاقير، مثل

السيميتيدين أو الرانيتيدين، فقد كان يتمثل العلاج في الراحة والتوقف عن التدخين وذلك للإسراع بعملية الشفاء. ومن هنا، ففي حالة مرورك بفترة عصيبة من الشعور بالألم مع البدء في اتباع نظام علاجي، فإن الراحة ليوم أو يومين قد تكون فكرة جيدة.

لقد تعرضنا قبل ذلك لأهمية الإقلاع عن التدخين. وقلنا أنه ثبت أن التوقف عن التدخين يساعد على شفاء القرح المعدية بطريقة أسرع ومنع معاودة ظهور أعراض قرح الاثنا عشر. وبالطبع، يجب أن تكون قد توقفت عن التدخين بعد قراءة كل ما ذكرناه في الصفحات السابقة.

كذا، هناك أهمية اتباع نظام غذائي صحي مع تجنب الأطعمة التي تؤدي إلى شعورك بالألم. والأهم من ذلك أن تتميز بالإيجابية تجاه طعامك؛ فبدلاً من تحديد أنواع الأطعمة التي عليك تجنبها، عليك تحديد أنواع الأغذية التي يجب عليك تناولها - ارجع إلى الفصل السادس. كذلك، عليك تناول وجبات صغيرة وبشكل منتظم، مع عدم الاعتماد على نظم غذائية تعتمد على الألبان بشكل رئيسي، حيث إن ذلك - كما أوضحنا من قبل - اعتقاد خاطئ؛ فهذه النظم لا تؤدي إلى معادلة الحموضة بالمعدة.

هذا، ويجب عليك أيضًا تجنب العقاقير التي تؤدي إلى الإصابة بالقرح. فهناك بعض العقاقير التي قد تعمل على تهيج المعدة؛ ومن ثم، زيادة تدهور حالة القرحة الموجودة بالفعل. ومن أمثلة هذه العقاقير، الأسبيرين. ويجدر القول أنه يتم استخدام هذا العقار منذ فترة؛ فقد أثبت فعاليته الكبيرة في وقف الألم والالتهاب والحمى. وبالنسبة للجرعة المناسبة لوقف الألم، فهي

قرصان أو ثلاثة كل أربع ساعات، إلا أن هذه الجرعة قد تؤدي إلى تهيج المعدة بنسبة شخص واحد من بين كل ثمانية أشخاص.

وعلى الرغم من ذلك، فهناك العديد من تركيبات الأسبيرين التي لا تؤدي إلى تهيج المعدة بشكل كبير. وأغلب هذه التركيبات لا تتحلل داخل المعدة أو تكون بطيئة التحلل. هذا، وقد تكون هذه التركيبات أعلى ثمنًا من الأسبيرين العادي، إلا أن الكثير من الأشخاص يقبلون عليها نظرًا لفعاليتها. وهنا تبدو أهمية استشارة الطبيب فيما يتعلق بالنوع المناسب لحالتك. وفي حالة معاناتك من نزيف بعد تناول الأسبيرين، فيجب عليك تجنبه تمامًا، وسيكون البديل المناسب له هو الباراسيتامول (Paracetamol).

ومن ناحية أخرى، يتناول عدد كبير من الأشخاص نصف أو ربع قرص أسبيرين بصفة يومية وذلك للوقاية من الإصابة بالأزمات القلبية. وأغلب هؤلاء الأشخاص قد تعرضوا فيما مضى لأزمة قلبية أو يواجهون مخاطر الإصابة بها. ويمكن القول أن هذه الجرعة البسيطة لا تؤثر على المعدة ولا تؤدي إلى تهيجها؛ وقد أوضحت العديد من التجارب أن احتمال حدوث نزيف في المعدة عند تناول هذه الجرعة لن يكون كبيرًا، كما هو الحال عند تناول أحد المسكنات. ومن هنا، يجب عليك التوقف عن تناول الأسبيرين بصفة يومية في حالة تسبب ذلك في زيادة تدهور أعراض القرحة التي تعاني منها.

ويمكن القول أن عقاقير NSAID (على سبيل المثال، الإيبيوبروفين والإندوميثيسين والنيبروكسين وغير ذلك) (انظر الملحق للاطلاع على قائمة كاملة بهذه العقاقير) - والتي يتم وصفها لعلاج التهاب المفاصل وآلام العضلات المستمرة - تشبه الأسبيرين بالنسبة لأثرها في تهيج المعدة. ولذلك، عليك بقدر الإمكان محاولة تجنب هذه العقاقير. ولكن، قد لا يكون لديك حيلة في استخدامها في حالة إصابتك بقرحة والتهاب في المفاصل في الوقت ذاته. ومن هنا، عليك استشارة طبيبك لإرشادك إلى أفضل هذه العقاقير المناسبة لحالتك.

تعد العقاقير المشتملة على الستيرويد (Steroid) من العقاقير التي تؤدي إلى تدهور حالة القرحة والتي يجب عليك تجنبها. وهناك العديد من الأشخاص الذين يتناولون عقاقير مشتملة على الكورتيكوستيرويد (Corticosteroid) - مثل البريدنيسيلون أو الكورتيزون - على هيئة أقراص لمعالجة بعض الأمراض المزمنة، مثل التهاب المفاصل الحاد أو حالات الربو الشديدة أو بعد جراحة زرع أعضاء (انظر الملحق للاطلاع على قائمة كاملة بهذه العقاقير). أما عن أهم الآثار الجانبية لهذه العقاقير، فتتمثل في إخفائها لأعراض القرحة المعدية، بما في ذلك حدوث ثقوب في جدار المعدة. ففي حالة استخدامك لأحد هذه العقاقير، لن تظهر عليك الأعراض الكاملة للقرحة. كذا، فإنه في حالة وجود ثقوب بالمعدة، فإن الأعراض الخاصة بهذه الحالة قد لا تظهر على الإطلاق. ومن هنا، ففي حالة تناولك لأحد هذه العقاقير عن طريق الفم لمدة طويلة، يجب أن تخضع بصورة منتظمة للفحوص الخاصة بالقرحة. كذا، ففي حالة شعورك باضطرابات في المعدة، يجب عليك استشارة الطبيب للتأكد من عدم إصابتك بقرحة أو ثقوب بجدار المعدة.

العلاج بالعقاقير الطبية

يمكن القول أن علاج القرح باستخدام العقاقير الطبية يهدف إلى حماية الغشاء المخاطي للمعدة من تأثير الأحماض والببسين. وعلى هذا، فهناك عقاقير تعمل على تقليل مهاجمة الأحماض المعدية والببسين لجدار المعدة، في حين أن هناك عقاقير أخرى تعمل على تحسين مستوى حماية الغشاء المخاطي. وتجدر الإشارة إلى أنه تم مؤخرًا اكتشاف عقاقير لمقاومة عدوى بكتيريا HP، وسيأتي الحديث عن هذه العقاقير في الفصل التاسع من هذا الكتاب.

ويمكن القول أن أغلب الأطباء يتبعون خطوات ثابتة ومعروفة فيما يتعلق بتحديد العقاقير الملائمة لعلاج القرحة المعدية، مع وجود بعض الاختلافات بالنسبة لقرحة الاثنا عشر وذلك بسبب الحاجة لتحديد كون القرحة من النوع الخبيث أم الحميد.

قرح الاثنا عشر

يمكن القول أن مضادات الحموضة تستخدم بصفة أساسية لتخفيف الأعراض الحادة. وفي حالة التأكد من الإصابة بالقرحة من خلال الفحص بالمنظار، يتم إعطاء المريض علاج لمدة شهر من خلال أحد مضادات H_2 مثل السيميتيدين أو الرانيتيدين. وعند اختفاء الأعراض في هذه المرحلة، فإنه يتم وقف العلاج. كذا، فإنه في حالة استمرار الأعراض، يجب وصف العلاج لمدة شهر آخر مع تكرار الفحص بالمنظار للتأكد من وجود القرحة أو اختفائها.

وفي حالة عدم شفاء القرحة حتى هذا الوقت، يتم استخدام عقار مقاوم لزيادة الحمض، مثل عقار الأوميبرازول أي (لوسك) أو عقار السوكرالفيت (Sucralfate) المنشط لمقاومة الغشاء المخاطي والواقي لخلايا جدار المعدة.

وقد يكون البديل لهذه الطريقة هو الجمع بين أحد مضادات H_2 ومضاد لبكتيريا HP، والذي يكون عادةً مزيجًا من تركيب البزموت (Bismuth) وبعض المضادات الحيوية. وسيتم تناول ذلك بالتفصيل في الفصل القادم.

وتجدر الإشارة إلى أن بعض مرضى قرح الاثنا عشر يحتاجون إلى علاج وقائي لفترة طويلة لمنع معاودة ظهور أي أعراض للمرض.

قرح المعدة

يمكن القول أن قرح المعدة تتم معالجتها أيضًا من خلال مضادات H_2، إلا أنه قبل اتخاذ القرار بالعلاج طويل الأمد، يجب أخذ عينة من حافة القرحة للتأكد من أنها ليست خبيثة. وبعد ذلك، سيستمر العلاج كما هو الحال مع قرح الاثنا عشر، إلا أنه يجب التأكد من تمام الشفاء من خلال الفحص أكثر من مرة باستخدام المنظار.

القرحة المرتبطة بعقاقير NSAID

يمكن القول أن القرح الناتجة عن تناول أحد عقاقير NSAID سرعان ما تتماثل للشفاء عقب التوقف عن استخدام هذه العقاقير مع تناول مضاد H_2. وفي حالة احتياجك للاستمرار في تناول مثل هذه العقاقير، يجب زيادة جرعة مضاد H_2، مع تناول عقار الميسوبروستل. وتجدر الإشارة إلى أن عقار الميسوبروستل يقاوم تأثير عقاقير NSAID على المعدة. وعلى الرغم من الحديث عن مدى تأثير هذه العقاقير على المعدة، يمكن القول أنه ليست هناك أدلة مؤكدة على تسببها في حدوث مضاعفات حادة.

العقاقير المخفضة لمستويات الحموضة

تجدر الإشارة إلى أن مضادات الحموضة تعمل على تقليل مستويات الحمض وتكوين مادة معادلة من خلال التفاعل مع الحمض الموجود بالفعل داخل المعدة. هذا، وقد يؤدي تخفيض مستوى الحمض إلى الشعور براحة فورية في معظم مرضى القرح. وعلى الرغم من ذلك، فإنها لا تؤدي إلى شفاء القرحة من خلال الجرعات الموصى بها لتخفيف الألم. كذا، ففي حالة تناول الجرعات الكبيرة منها اللازمة لشفاء قرح الاثنا عشر، فإن هذه الجرعات لا تؤدي حتى إلى بدء شفاء القرحة المعدية.

وقد يتمثل السبب في عدم فعالية هذه المضادات في علاج حالات القرح المعدية إلى مرورها من المعدة إلى الاثنا عشر بسرعة كبيرة قد لا تسمح بمعادلة قدر كبير من الحمض؛ ومن ثم، التأثير على ذلك الحمض. ولذلك، تعمل هذه المضادات فقط على تقليل مستوى الحمض في المعدة لمدة ساعة. أما في حالة تناولها لمدة ثلاث أو أربع مرات يوميًا، فقد يؤدي هذا إلى ترك مستويات الحمض في المعدة كما هي وتعريض القرحة لهجوم الحمض لفترة تتراوح من ٢٠ إلى ٢١ ساعة خلال اليوم.

وقد يكون هذا هو السبب وراء تصميم العديد من التركيبات الشائعة لتكون جيل أو ما شابه داخل المعدة حتى تظل في المعدة لفترة أطول من المعتاد. ومن ثم، إتاحة مزيد من الوقت لمعادلة أكبر قدر من الحمض، وهذه النظرية لم يتم التأكد من صحتها بعد.

هذا، وتعد بيكربونات الصوديوم من أكثر مضادات الحموضة شيوعًا وأبسطها تركيبًا. وتتميز بيكربونات الصوديوم بمفعولها

السـريع، إلا أنهـا تنـتج كميـات كبيـرة مـن ثـاني أكسـيد الكربـون (Carbon Dioxide) في أثناء عملية معادلـة حمـض الهيـدروكلوريك في المعدة. وبالطبع، فإن النتيجة الحتمية هي التجشؤ والشعور بالانتفاخ وإخراج الغازات – وهي أعراض بالطبع متعبة تمامًا مثـل الإصابة بالقرحة. وتجدر الإشارة إلى أن تناول الكثير من بيكربونات الصوديوم قد يصيبك بحالـة تسـمى الارتفـاع المـنظم فـي معـدل القلوية (Systemic Alkalosis)؛ حيث يميل التـوازن داخـل الجسـم بين نسبة الأحماض والقلويات تجـاه الصـبغة القلويـة. وقـد يـؤدي هـذا إلـى متاعـب للأشـخاص المصـابين بـبعض المشـكلات فـي الكلى. كـذلك، قـد تـؤدي الزيـادة المفرطـة فـي تنـاول بيكربونـات الصوديوم إلى تدهور حالة بعض مشكلات القلـب، بالإضـافة إلـى زيادة معدل ضغط الدم المرتفع. وعلى هذا، ليس هذا العـلاج هـو الأفضل على الرغم من بساطة تركيبه.

ويمكـن القـول أن هـذا ينطبـق أيضًـا علـى ثـاني أشـهر مضـاد للحموضة وهو كربونات الكالسيوم. فكما هـو الحـال مـع بيكربونـات الصوديوم، فإن هذا المضـاد ينـتج أيضًـا ثـاني أكسـيد الكربـون ممـا يؤدي إلى حدوث النتائج ذاتها. وفي حالة تناولك لجرعات أكبر، فقد يؤدي ذلك إلى وجـود مسـتويات عاليـة مـن الكالسـيوم فـي الـدم والكليتين، مما يؤدي بدوره إلى تكون حصوات وحدوث فشـل كلوي.

ويمكـــن القـــول أن مضـــادات الحموضـــة المعتمـــدة علـــى الماغنسـيوم (Magnesium) – والتي تكون على هيئة أول أكسـيد الماغنيســوم أو ثلاثــي ســليكات الماغنســيوم أو هيدروكســيد الماغنسيوم - تتميز بأن مفعولهـا أبطـأ مـن تلـك المعتمـدة علـى الصوديوم أو الكالسيوم، إلا أنها أقل منهما بالنسبة للتسبب فـي حدوث المشـكلات المرتبطـة بالتـأثير القلـوي. وعلـى الـرغم مـن

ذلك، فقد تتسبب في حدوث إسهال. أما فيما يتعلق بمضادات الحموضة المعتمدة على الألومنيوم (Aluminum) – على سبيل المثال، هيدروكسيد الألومنيوم وفوسفات الألومنيوم أو جليسينات الألومنيوم، فإن لها التأثير ذاته، ولكنها قد تسبب حدوث حالة من الإمساك.

ويخشى الكثيرون من وجود الألومنيوم في العقاقير الطبية بسبب التأثيرات السامة المعروفة للمعدن - والتي قد يكون من أسوأها ارتباطه بمرض الزهايمر (Alzheimer's Disease). ومع ذلك، فإن الجسم يقوم بامتصاص كمية ضئيلة جدًا من الألومنيوم الموجود داخل مضادات الحموضة المعتمدة على الألومنيوم، كما يجب تقليل جرعة العقار أو وقفه في حالة الإصابة بالفشل الكلوي والتي تحول دون خروجه مع البول.

التخلص من الغازات

كما أوضحنا من قبل، فإن معادلة الأحماض قد تؤدي إلى وجود غازات وهو الشيء الذي قد لا يكون مريحًا للمريض وقد يؤدي إلى الانتفاخ والشعور بالألم. وعلى هذا، يتم خلط العديد من مضادات الحموضة بمادة الديمثيكون (Dimethicone)، وهي مادة تعمل على تقليل الغازات وسهولة إخراجها بسهولة.

أملاح الألجينات

كذلك، يمكن مزج مضادات الحموضة بأملاح الألجينات (Alginate) مما يؤدي إلى تكوين عائق قلوي لزج لحماية الطرف السفلي للمريء بصورة خاصة من مهاجمة الأحماض المعدية.

مضادات الحموضة والعقاقير الأخرى

يمكن القول أن مضادات الحموضة المعتمدة على الماغنسيوم أو الألومنيوم تؤدي إلى ظهور مشكلات عند بعض الأشخاص الذين يتناولون عقاقير لعلاج أمراض أخرى. ففي حالة وجود هذه المضادات في المعدة، فإنها ترتبط عضويًا مع العقاقير – على سبيل المثال، بعض المضادات الحيوية التي يتم تناولها لعلاج عدوى ما، أو العقاقير الخاصة بمقاومة الفطريات (والتي يتم وصفها لعلاج بعض الأمراض الجلدية)، والعقاقير المضادة للملاريا (Malaria)، والعقاقير المضادة للصرع (Epilepsy) مثل الفينيتوين (Phenytoin)، وعقاقير الفينوثيزين (Phenothiazine) (الموصوفة للاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب (Depression) أو انفصام الشخصية - Schizophrenia)، وعقار البينيسيلماين (Penicillamine) (وهو مضاد لالتهاب المفاصل الروماتيزمي – Rheumatoid Arthritis)، وأيضًا الحديد لعلاج الأنيميا (Anemia).

وفي حالة ارتباط هذه العقاقير بمضادات الحموضة، لا يمكن امتصاصها من خلال الدورة الدموية. ومن ثم، فعلى الرغم من بلعها بالطريقة العادية، فإنها لا يمكنها تأدية الوظائف المرجوة منها. وهنا تجدر الإشارة إلى أنه في حالة تناولك لأي عقاقير أخرى مع التفكير في تناول مضاد للحموضة، فمن المهم استشارة الطبيب في ذلك الأمر لكي يرشدك إلى تناول أحد مضادات الحموضة الذي لا يتعارض مع العقار الذي تتناوله لعلاج مرض آخر.

كذا، تؤدي مضادات الحموضة إلى زيادة معدل القلوية في البول. وفي حالة كون البول ذو صبغة قلوية، فإن الكليتين تتعامل

مع الأسبيرين بطريقة أسرع. ومن ثم، ستكون الجرعة العادية من أقراص الأسبيرين أقل فعالية؛ حيث إنها ستستمر لفترة أقصر في مجرى الدم. ويمكن القول بخطأ الاعتقاد بأن تناول الأسبيرين مع أحد مضادات الحموضة يقلل من درجة تهيج المعدة الذي يحدثه الأسبيرين، بل على العكس فقد تحتاج إلى جرعات أكثر للحصول على التأثير الطبيعي. وبالطبع، فإن الحصول على جرعات أكثر قد يسبب زيادة في تهيج المعدة وهو الأثر الذي أردت تجنبه في المقام الأول.

هذا، وسنعرض قائمة بمضادات الحموضة الشائعة في الملحق.

مضادات H_2

تتضمن هذه المضادات السيميتيدين (التاجامت) والرانيتيدين (الزانتك) والفاموتيدين (Famotidine) – الذي يعرف باسم البيبسيد (Pepcid). أما عن مستقبلات H_2، فهي عبارة عن مكونات داخل خلايا البطانة المعدية والتي تسبب - في حالة استثارتها بسبب الهستامين (Histamine) وهي مادة كيميائية توجد في مجرى الدم - إنتاج حمض الهيدروكلوريك. أما عن مضادات H_2، فهي توقف عمل هذه المستقبلات كيميائيًا مما يؤدي إلى وقف تأثير الهستامين عليها، وبالتالي التوقف عن إنتاج الحمض.

ومن هنا، إذا عقدنا مقارنة بين هذه المضادات ومضادات الحموضة، فسنجد أن مضادات H_2 تمنع إفراز الحمض من الأساس، في حين تقوم مضادات الحموضة بمعادلة الحمض بعد تكونه وإفرازه في المعدة.

ويتضح مما سبق أن مضادات H_2 أكثر فعالية. وقد أوضحت التجارب الأولى لاستخدام السيميتيدين (والذي يعد أول مضادات H_2 ظهورًا) في علاج قرح الاثنا عشر شفاء ما يقرب من ٨٥ بالمائة من حالات القرح خلال ثمانية أسابيع، وذلك في مقابل شفاء ٣٠ بالمائة فقط من حالات القرح في المجموعة الضابطة والتي تمت معالجتها من خلال العقاقير المسكنة. وعلى الرغم من ذلك، ومع تخفيف حدة ألم القرحة في غضون أيام قليلة، فقد تطلب الأمر أربعة أسابيع على الأقل لشفاء حتى أقل القرح تأثيرًا.

ويمكن القول أن معدلات الشفاء هذه تنطبق أيضًا على مضادات H_2 التي ظهرت بعد ذلك والمتمثلة في الرانيتيدين والفاموتيدين. وتجدر الإشارة إلى أنه عقب انتهاء التجارب الأولى الخاصة بهذه المضادات، كان المرضى يتناولون أقراص العلاج خمس مرات يوميًا، بما في ذلك جرعة خاصة قبل النوم مباشرةً. ولكن الآن يحصل المريض على النتائج نفسها عند تناوله قرص واحد فقط في فترة الليل أو قرصين يوميًا على الأكثر. هذا، وسنعرض التفاصيل الخاصة بالجرعات في الملحق.

وفي حالة توقف العلاج باستخدام مضادات H_2، وعلى عكس مضادات الحموضة، لا تكون هناك أية انتكاسات فورية للألم المصاحب لقرح الاثنا عشر؛ ولكن تجدر الإشارة إلى أن التوقف المفاجئ قد يؤدي إلى زيادة مخاطر معاودة الإصابة بالقرحة، والتي قد تحدث بعد التوقف عن تناول الدواء مباشرةً. هكذا، ينبغي البدء في العلاج التكميلي، ويكون ذلك من خلال تناول جرعة مسائية عبارة عن قرص واحد (٤٠٠ مليجرام من السيميتيدين أو ١٥٠ مليجرام من الرانيتيدين أو ٢٠ مليجرام من

الفاموتيدين). ويمكن من خلال تناول هذه الجرعة تقليل احتمال إصابة القرحة بانتكاسة من نسبة تتراوح بين ٨٠ و٩٠ بالمائة إلى نسبة ٢٥ بالمائة في العام التالي. ولكن يمكن القول إنه لم يتم حتى الآن تحديد فترة العلاج التكميلي بصورة دقيقة. أما القاعدة المتبعة حاليًا فهي أنه في حالة معاناة شخص من عدد من الانتكاسات يقل عن مرتين سنويًا، فإنه يمكن معالجة كل انتكاسة من خلال استخدام مضادات H_2 لمدة ثمانية أسابيع. وفي المقابل، فإن حدوث أربع أو خمس انتكاسات سنويًا قد يتطلب علاجًا تكميليًا مستمرًا. وفي حالة حدوث انتكاستين أو ثلاث، فقد يتطلب الأمر في هذه المرة قرارًا يختلف من فرد لآخر.

ويمكن القول إنه فيما يتعلق بالقرحة المعدية، فإن تخفيف حدة الألم يتسم بالسرعة كما هو الحال في قرح الاثنا عشر، وذلك مع وجود حالات شفاء تصل إلى ما يقرب من ٧٥ إلى ٨٠ بالمائة. وعلى الرغم من ذلك، فإن مضادات H_2 لا تؤدي إلى شفاء الالتهاب المعدي الأساسي المذكور في الفصل الثالث من هذا الكتاب. وتجدر الإشارة إلى أن القرح المعدية، شأنها في ذلك شأن قرح الاثنا عشر، قد تعاود الظهور مرةً أخرى بعد التوقف عن تناول مضادات H_2. ومن ثم، تبرز الحاجة إلى ضرورة استكمال فترة العلاج التكميلي.

على ذلك، ومع إمكانية تحسين أعراض سرطان المعدة من خلال تناول مضادات H_2، فإنه لا يجب افتراض أن النتائج الجيدة لهذه المركبات في علاج قرحة المعدة سوف تعني بالضرورة القضاء على الورم الخبيث الموجود في المعدة. ويعزز هذا الأمر الرأي القائل بأنه لا بد من التخلص من السرطان من خلال استخدام المنظار الداخلي في كل حالات القرحة المعدية.

وفيما يتعلق بالتهاب المريء، فإن مضادات H_2 تتميز بالفعالية، إلا أن عقاقير منع إفراز الأحماض، مثل الأوميبرازول أو اللانسوبرازول (Lansoprazole) - المعروف باسم زوتون (Zoton) - (انظر الفقرات التالية)، قد تحتوي على فعالية أكثر من هذه المضادات.

بالإضافة إلى ذلك، يتم استخدام مضادات H_2 في القرح التي تظهر لدى المرضى المصابين بجروح خطيرة نتيجة حروق أو التعرض لحوادث، كما يتم استخدامها قبل التخدير في الحالات الطارئة، وبصفة خاصة قبل عمليات الولادة القيصرية، وذلك لتجنب احتمال القيء واستنشاق العصارات المعدية الحمضية.

من ناحية أخرى، فإن مضادات H_2 ليست متشابهة كلها تختلف في آثارها الجانبية؛ ومن ثم، يجب أن يكون المر الذين يتناولون هذه المضادات على وعي كامل بهذه الآثار.

عقار السيميتيدين

قد يسبب هذا المركب أعراض الإسهال أو الإمساك وتهيج الجلد والدوار والخمول، بالإضافة إلى حدوث آلام بالعضلات. ويمكن القول إن كل هذه الأعراض تتسم بأنها نادرة الحدوث وعادةً ما تختفي بعد أيام قليلة حتى في حالة استمرار تناول العقار. وقد يكون أكثر أهميةً من ذلك الإشارة إلى أن عقار السيميتيدين من الممكن أن يؤدي إلى حدوث ارتباك لدى كبار السن، كما ذكرت بعض التقارير أنه يسبب العجز الجنسي وضعف الرغبة الجنسية. كذا، فقد أشار بعض المرضى من الرجال إلى تورم الصدر. تجدر الإشارة إلى أن هذه الأعراض تحدث نتيجة التأثير على وظيفة الكبد الخاصة بتقويض هرمونات الجنس وبعض الهرمونات الأخرى، وتختفي هذه الأعراض عند إيقاف العلاج.

من جهة أخرى، يؤدي السيميتيدين إلى إلغاء تأثير العديد من العقاقير الأخرى؛ لأنه يقلل من امتصاصها من الأمعاء أو بسبب تأثيره على الكبد. ومن هذه العقاقير:

- العقاقير المضادة للفطريات، مثل الكيتوكونازول (Ketoconazole) - المعروف باسم النيزورال (Nizorale) وأيضًا الإيتراكونازول (Itraconazole) - المعروف باسم السبورانوكس (Sporanox)
- العقاقير المضادة للتجلط، مثل الوارفارين (Warfarin) - المعروف باسم الماريفان (Marevan)
- العقاقير المضادة للربو، مثل الثيوفيلين (Theophylline) - المعروف بأسماء الفرانول (Franol) والنويلين (Nuelin) وسلوفيلين (Slo-Phyllin)
- العقاقير المضادة للصرع، مثل الفينيتوين (Phenytoin) المعروف باسم الإبانوتين (Epanutin) والكاربامازباين (Carbamazepine) - المعروف باسم التيجريتول (Tegretol)
- عقار البيثيداين (Pethidine) المسكن والعديد من العقاقير المسكنة الأخرى
- مجموعة التريسيكليك (Tricyclic) المضادة للاكتئاب
- عقار الليجنوكاين (Lignocaine) ذو التأثير التخديري
- عقار الترفينادين (Terfenadine) – المعروف باسم التريلودان (Triludan) - المضاد لمادة هستامين

- العقاقير الخاصة بتنظيم نبضات القلب، مثل الأميودارون (Amiodarone) - المعروف باسم الكوردارون (Cordarone) - وعقار الفليكانايد (Flecainaide) – المعروف باسم التامبوكور (Tambocor) - وعقار الكوينيداين (Quinidine) – المعروف باسم الكينيداين (Kinidin)
- عقار الفلوروراسيل (Fluorouracil) المضاد للسرطان

بصفة عامة، لأن السيميتيدين يبطئ من إخراج الكلية لكل من عقار الميتفورمين (Metformin) المضاد لمرض السكر وعقار البروكاينمايد (Procainamide) المنظم لضربات القلب، فإنه قد يسبب زيادة مستويات هاتين المادتين في الدم. وقد يؤدي ذلك إلى انخفاض مستويات سكر الدم بشدة في الحالة الأولى وعدم انتظام ضربات القلب في الحالة الثانية.

تجدر الإشارة إلى أن كيفية التعامل مع كل هذه التفاعلات تختلف من حالة لأخرى. فقد يضطر الطبيب إلى تغيير الجرعات الخاصة ببعض العقاقير الأخرى لضمان تحقيق الأثر الصحيح والفعال، أو قد يقرر التوقف عن استخدام مركب السيميتيدين والاستعانة بعقار آخر ذي تفاعلات أقل.

ويتمثل الدرس الأساسي الذي يجب تعلمه من هذه القائمة في أنه إذا ما كنت تتلقى العلاج بالفعل من أحد الاضطرابات الأخرى، ويعتزم الطبيب علاجك من القرحة، يجب عليك التأكد من جدوى العلاج الحالي قبل أن تفكر في إضافة مركب السيميتيدين إلى العلاج.

عقار الرانيتيدين

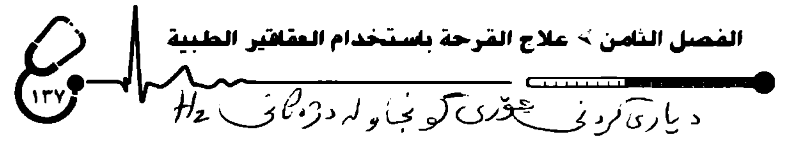
يمكن القول إن هذا العقار يسبب بعض الآثار الجانبية الضئيلة التي تتلاشى عند التوقف عن الحصول عليه، كما هو الحال مع

عقار السيميتيدين. ومع ذلك، فإن احتمالات حدوث آلام في الصدر تكون أقل مع هذا العقار مقارنةً بما عليه الحال مع مركب السيميتيدين، كما لا يبدو أنه يسبب تورم الصدر أو العجز الجنسي أو ضعف الرغبة الجنسية لدى الرجال. وتجدر الإشارة إلى أن المرضى الذين يتناولون عقار السيميتيدين ممن ظهرت عليهم هذه الأعراض قد عادوا إلى حالتهم الطبيعية بعد استخدامهم لعقار الرانيتيدين. هذا، وتصل كمية قليلة جدًا من عقار الرانيتيدين إلى المخ وهو ما يفسر تسببه في إحداث نسبة أقل من الارتباك لدى كبار السن.

علاوةً على ذلك، فلأن عقار الرانيتيدين أقل تشابهًا مع إنزيمات الكبد من مركب السيميتيدين، فإن عقار الرانيتيدين لا يؤثر على نشاط كل ومن العقاقير الأخرى، مثل الوارفارين أو الفينيتوين أو الثيوفيلين. ومن ثم، فإن الأشخاص ممن هم في فترة النقاهة - بعد تجاوز أزمة تجلط الدم التالية لأزمة قلبية أو مرضى الصرع أو الربو ممن قد يصابون بالقرحة - يتم إعطاؤهم عقار الرانيتيدين بدلاً من السيميتيدين.

مركبات الفاموتيدين والنيزاتيدين

يمثل كل من الفاموتيدين (Famotidine) - المعروف باسم البيبسيد (Pepcid) - والنيزاتيدين (Nizatidine) - المعروف باسم الأكسيد (Axid) - المركبين الأحدث من بين مضادات H_2. وقد تتشابه هذه المركبات مع عقار الرانيتيدين أكثر من مركب السيميتيدين فيما يتعلق بآثارها الجانبية. ولا يزال معظم الأطباء البريطانيين في مرحلة اختبار هذين العقارين. وحيث إنه يتم تناول عقار الفاموتيدين بجرعات صغيرة جدًا مقارنةً بالمركبات الأخرى، فقد يفسر هذا ندرة حدوث الآثار الجانبية الخاصة بهذا المركب. وعلى أي حال، فلا يزال العقاران في طور الاختبار.



تحديد النوع المناسب من مضادات H_2

قد نتساءل عن كيفية اختيار الطبيب لمضاد H_2 المناسب لحالة المريض. يمكن القول إنه مع تشابه التأثيرات الفعالة لهذه العقاقير، بالإضافة إلى تشابه الآثار الجانبية، فقد يضطر الأطباء إلى ترشيح أرخص هذه المركبات والذي يكون في هذه الحالة عقار السيميتيدين.

وعلى الرغم من ذلك، قد يتفق معظم الأطباء أنه فيما يتعلق بالشباب الذين يعانون من انتكاسات متكررة للقرح والتي تحتاج إلى معالجة طويلة المدى، فإن احتمال تسبب السيميتيدين في ضعف الرغبة الجنسية والتسبب في العقم قد يجعل عقار الرانيتيدين هو الحل الأمثل. كذا، فإنه فيما يتعلق بكبار السن، فقد يكون لعقار الرانيتيدين ميزة بسبب قلة احتمال تسببه في حدوث الارتباك والنسيان لدى كبار السن. ويمكن القول أنه فيما يتعلق بعقاريّ الفاموتيدين والنيزاتيدين اللذان يعدان العقارين التاليين من حيث الأهمية؛ فلا يزال العهد بهما حديثا ولا يمكن الاعتماد عليهما بصفة كاملة.

عقاقير منع إفراز الأحماض

يمكن القول إن عقاقير منع إفراز الأحماض، مثل عقار الأوميبرازول وأيضًا عقار الانسوبرازول، تعمل من خلال آلية في حدود خلايا بطانة المعدة تختلف عن تلك الآلية الخاصة بمضادات H_2. هذا، وتعد مضخة البروتون (Proton Pump) هي القناة الأخيرة لإفراز الحمض في سطح خلايا بطانة المعدة. وفي حالة انسداد هذه القناة، لا يمكن تدفق أيونات الهيدروجين إلى المعدة لتكوين حمض الهيدروكلوريك. ومن هنا، فإن النتيجة تكون عدم إفراز المعدة للحمض على الإطلاق.

وقد يكون عمل هذه الآلية أكثر اكتمالاً عن عملها في حالة مضادات H_2؛ حيث إن مركب هستامين يعبر عن آلية واحدة من الآليات الثلاث التي تعمل على تحفيز إنتاج الحمض. ويمكن القول إن مضادات H_2 لا تقوم بإعاقة الحمض الناتج من إفراز مادة الجاسترين؛ ومن ثم، يتم مرور قدر قليل من الحمض – وإن كان أقل من المعدل الطبيعي - إلى المعدة من خلال مضادات H_2.

عقار الأوميبرازول

يمكن القول إنه في حالة خلو المعدة من الحمض تمامًا؛ وهو ما ينتج عن تناول عقار الأوميبرازول الذي يمنع إفراز الأحماض، فإن جرعة ٢٠ مليجرام يوميًا من هذا العقار قد تسبب شفاء ما يعادل ٩٠ بالمائة من قرح الاثنا عشر في غضون أربعة أسابيع. كذا، فإن تناول هذا العقار لفترة ثمانية أسابيع وبالجرعة ذاتها قد يؤدي إلى شفاء من ٨٥ إلى ٩٠٪ من حالات القرحة المعدية.

علاوةً على ذلك، فإن تناول ٢٠ مليجرام من عقار الأوميبرازول يوميًا يمثل طريقة العلاج المختارة من قِبل الأطباء لعلاج القرح الناتجة عن التهاب المريء. هذا، وبعد فترة أربعة أسابيع، فإن هذا العقار يؤدي إلى شفاء ٨٠٪ تقريبًا من حالات القرحة.

كذا، تعد هذه هي طريقة العلاج المثلى لعلاج عرَض زولينجر-إليسون والمذكور سابقًا في الفصل الثاني. وعلى الرغم من ذلك، فإن الجرعة اللازمة للقضاء على الإفراز الزائد للحمض ونشاط إنزيم البيبسين في الأشخاص المصابين بهذا المرض قد تكون أعلى بكثير من ذلك (فقد تصل إلى ١٢٠ مليجرام يوميًا)، بل قد تستمر الحاجة لهذا العلاج لسنوات طويلة في حالة الضرورة.

كذلك، يتم استخدام عقار الأوميبرازول، شأن عقار الرانيتيدين، في علاج القرح العصبية عند الأشخاص المصابين بحروق وفي العمليات التي تتطلب تخديرًا لمنع استنشاق فضلات الحمض. هذا، ويتم استخدامه أيضًا في بعض المحاولات للكشف عن إمكانية إسهامه في تقليل معدلات الوفيات وحالات الإعياء الشديدة الناتجة عن القرح المسببة للنزيف.

وفي حالة الحصول على عقار الأوميبرازول، يجب أن يكون المريض حريصًا على الحفاظ على الكبسولات في حالة جافة. فمن المعروف أن هذا العقار يتحلل في البيئة الرطبة، ومن هنا، يجب الحفاظ على الكبسولات في وعاء يحتوي على مادة مجففة والتي يتم وضعها عادةً في الغطاء ذاته. وتجدر الإشارة إلى ضرورة تناول كل الكبسولات في فترة الثلاثة أشهر التالية لفتح علبة الدواء مباشرةً. ومن الآثار الجانبية لهذا العقار الإسهال والصداع الذي يتميز بالحدة. هذا بالإضافة إلى الدوار وانتفاخ البطن والإمساك. كذلك، تعد آلام العضلات والمفاصل والرؤية المشوشة وتورم كاحل القدم وفقدان حاسة التذوق وأمراض الدم، مثل الأنيميا وفقدان خلايا الدم البيضاء، والارتباك والاكتئاب وأيضًا الهلوسة من الآثار الجانبية نادرة الحدوث.

وتشتمل تفاعلات هذا العقار مع العقاقير الأخرى على إبطاء تقويض عقار الوارفارين المضاد للتجلط وعقار الفينيتوين الذي يستخدم في علاج الصرع وأيضًا المهدئ العصبي الديازيبام (Diazepam). وقد يؤدي ذلك إلى زيادة الآثار الجانبية الخاصة بهذه العقاقير. ومن ثم، ففي حالة الحصول على هذه العقاقير مع احتمال تناول عقار الأوميبرازول أيضًا، ربما يضطر المريض إلى تقليل الجرعات الخاصة بهذه العقاقير أو الحصول عليها بصفة أقل تكرارية.

عقار اللانسوبرازول

هذا هو العقار الثاني في عقاقير منع إفراز الأحماض. ويعتقد أن هذا العقار يعمل بطريقة أسرع وأكثر شمولاً من عقار الأوميبرازول. ومن خلال إعطاء عدد من المتطوعين الأصحاء ٣٠ مليجرام من عقار اللانسوبرازول، تحولت معظم محتويات المعدة إلى الناحية القلوية بطريقة أسرع من استخدام عقار الأوميبرازول. ويعتقد أن استخدام هذا العقار يؤدي إلى التخلص من التهاب المريء علاوةً على الآلام المصاحبة لقرحة المعدة بشكل أسرع من استخدام عقار الأوميبرازول. وعلى الرغم من ذلك، فإنه قد ينتج عن هذا العقار الآثار الجانبية ذاتها لعقار الأوميبرازول. ولأنه عقار تم إنتاجه حديثًا (عام ١٩٩٤)، فهو لا يزال مرتفع التكلفة؛ وهكذا، فقد يظل هذا العقار بمثابة الاختيار الثاني أمام الأطباء.

علاقة عقار الأوميبرازول بسرطان المعدة

تجدر الإشارة إلى أنه بعد انتشار العقاقير التي توقف إفراز كل أحماض المعدة، مثل عقار الأوميبرازول، انتاب العديد من الأطباء القلق بشأن إمكانية تسبب هذا العقاقير في حدوث سرطان المعدة.

ولعل السبب في هذا يكون واضحًا. فمن الحقائق الثابتة منذ بداية هذا القرن أن معظم حالات الإصابة بسرطان المعدة تحدث نتيجة انخفاض مستويات الحمض في المعدة لسنوات عديدة. ومن الأمثلة الواضحة على ذلك مرض الأنيميا الحادة أو فقر الدم (Anaemia)؛ حيث يحدث خلل في مستويات الحمض في المعدة مما يؤدي إلى وجود مخاطر أكبر للإصابة بسرطان المعدة.

هذا، ومن الأمور المتأصلة أن تقليل نسبة الحموضة يؤدى إلى زيادة البكتيريا - والتي قد يتم القضاء عليها من خلال الحمض - وتوطنها في المعدة. وقد اتفق على أن البكتيريا التي قد تسبب السرطان هي من نوع البكتيريا التي تقلل النترات والتي تنتج مركبات إن-نيتروسو (N-nitroso) من الطعام. تجدر الإشارة إلى أن هذه المركبات تسبب في التجارب حدوث بعض التغيرات المشابهة للتغيرات المصاحبة للسرطان، كما تؤدي إلى إصابة الحيوانات بأورام سرطانية. هذا، ويمكن القول أيضًا إن أنواع السرطان التي تم اكتشافها ارتبطت بالمعدة التي تم إزالة الجزء المنتج للحمض منها عن طريق الجراحة. ومن ثم، فإن الاعتقاد أن العقاقير التي تساعد في التخلص من الحمض تؤدي إلى النتيجة ذاتها قد يكون له ما يبرره.

وعلى هذا، ومن خلال طرح عقار الأوميبرازول في الأسواق، فقد تم قصر استخدامه لفترة ثمانية أسابيع فقط، كما تم تحذير الأطباء من عدم السماح باستخدام هذا العقار لفترات طويلة المدى.

ويمكن القول إنه قد خفت حدة هذه المحاذير. فبعد مرور سنوات عديدة من تداول هذا العقار بين ملايين الأشخاص، لم يتم إلى الآن إثبات وجود أية علاقة بين هذا العقار وبين الإصابة بسرطان المعدة. كذا، لم تؤد الدراسات طويلة المدى [illegible] إجراؤها على الحيوانات إلى إثبات مثل هذه [illegible] عامة، طالما أنه تتم متابعة الأشخاص [illegible] العقار لفترات طويلة ترقبًا لحدوث أي [illegible] فإن احتمالات وجود مخاطر [illegible] فهناك بعض الأطباء الحذرين [illegible]

مضاد H_2 خلال فترة المساء مما يسمح بإفراز بعض الحمض أثناء النهار. وقد يؤدي هذا ليس فقط إلى تجنب الإصابة بخطر السرطان، ولكن أيضًا إلى تحسين عملية الهضم التي تحتاج إلى قدر من الحمض بعد تناول الوجبات مباشرة.

العقاقير المشابهة لمادة البروستجلندين

مركب البروستجلندين هو عبارة عن مادة طبيعية تقوم بتقليل إفراز الحمض وتزيد من تدفق الدم تحت خلايا البطانة المعدية وأيضًا تحفيز إنتاج الغشاء المخاطي الواقي. ومن هنا، فإن استخدام عقار تتشابه خصائصه مع مركب البروستجلندين قد يكون مفيدًا في حالة الإصابة بالقرحة المعدية.

عقار الميسوبروستل

عقار الميسوبروستل - المعروف باسم أرثروتيك (Arthrotec) - هو العقار الأول من بين العقاقير المشابهة في خصائصها لمركب البروستجلندين. ويتمثل الاستخدام الرئيسي لهذا العقار في منع حدوث القرح المعدية وقرح الاثنا عشر في الأشخاص الذين يخضعون بالفعل للعلاج باستخدام عقاقير NSAID. وتعد عقاقير NSAID المضادة للتورم بمثابة عوامل مضادة لمركب البروستجلندين؛ حيث إن مركب البروستجلندين المتكون في المفاصل المتورمة يعد سببًا رئيسيًا في حدوث الألم. وأحد الآثار الجانبية لهذه العقاقير المضادة للتورم، والذي ينتج عن منعها تكون مركب البروستجلندين في المعدة، زيادة فرص الإصابة بالقرح في الأشخاص ممن عندهم قابلية لهذه الإصابة. على

هذا، يتم وصف عقار الميسوبروستل لمنع حدوث الآثار الجانبية للعقاقير المضادة للتورم في المعدة.

وعلى الرغم من ذلك، يؤدي عقار الميسوبروستل إلى حدوث آثار جانبية أيضًا؛ لأن زيادة مركب البروستجلندين يؤدي إلى الإسهال وتقلصات في المعدة والدوار والقيء. كما قد يؤدي أيضًا إلى نزول دم بين فترات الطمث للنساء وتهيج الجلد والدوار. كذا، لا يجب الحصول على هذا العقار خلال فترة الولادة لأن ذلك قد يؤدي إلى الإجهاض.

وعادة ما يتم وصف هذا العقار مع الجمع بينه وبين عقار ديكلوفيناك (Diclofenac) المضاد للتورم والمعروف بالاسم التجاري أرثروتيك.

مضادات إفراز مادة الكولين

تجدر الإشارة إلى أن العقاقير المضادة لمادة الكولين قد تسمى أيضًا موانع إفراز مادة المسكارين السامة (Muscarine) أو العقاقير الشبيهة بعقار الأتروبين (Atropine). وقد تشمل هذه العقاقير عقار البروبانثيلاين (Propantheline) – المعروف باسم البروبانثاين (ProBanthine) – وعقار البيرينزيبين (Pirenzipine) – المعروف باسم الجاستروزيبين (Gastrozepin). وتعمل هذه العقاقير من خلال إعاقة حركة العصب الحائر الذي يعد المحفز العصبي الرئيسي لإفراز الحمض. ويمكن القول إن الاستخدام الفعال لمضادات إفراز مادة الكولين قد يكون له الأثر ذاته الذي ينتج عن التدخل الجراحي لقطع العصب الحائر (Vagotomy) والتي كانت العملية المفضلة في السنوات السابقة لظهور العقاقير المانعة لإفراز الحمض.

من جهة أخرى، فإن مضادات إفراز مادة الكولين من شأنها تقليل نشاط العضلات في المعدة، بالإضافة إلى تقليل نسبة الحموضة. ومن ثم، يتم استخدامها في مقاومة تقلصات المعدة الناتجة عن التهاب القرحة. وعلى الرغم من ذلك، قد يكون لهذه العقاقير تأثير على أجزاء أخرى من الجهاز العصبي البعيدة تمامًا عن منطقة المعدة. ومن ثم، فإن استخدام هذه العقاقير يعد محدودًا نتيجة آثارها الجانبية، مثل جفاف الفم (نتيجة منع تراكم اللعاب) وتشوش الرؤية (نتيجة حدوث شلل في الحدقة) والإمساك والتشنجات (نتيجة سرعة ضربات القلب) وأيضًا العقم.

كذا، لا يجب النصح باستخدام هذه العقاقير للأشخاص المصابين بالمياه الزرقاء (Glaucoma) - وتعنيْ الضغط المرتفع داخل العين - أو مع الرجال المصابين بتورم في غدد البروستاتة؛ حيث قد يؤدي الضغط على العصب إلى الإعاقة التامة للقدرة على إخراج البول.

البروبانثيلاين

يمثل عقار البروبانثيلاين العقار الأقدم من بين العقارين المتاحين حاليًا من العقارات المضادة لإفراز مادة الكولين؛ فقد تم استخدامه لمدة ٤٠ عامًا مع ملايين الأشخاص. هذا، ويتم استخدام هذا العقار في الوقت الحالي لعلاج أعراض اضطرابات الأمعاء أكثر من استخدامه لعلاج القرح.

عقار البيرينزيبين

تجدر الإشارة إلى أنه يقال إن عقار البيرينزيبين، وهو عقار أحدث اكتشافًا من العقار السابق، يتعامل مع المستقبلات

الموجودة في المعدة بشكل أكثر تحديدًا من أي أجزاء أخرى. ومن ثم، يؤدي هذا العقار إلى حدوث آثار جانبية محدودة مقارنةً بعقار البروبانثيلاين، إلا أن هناك بعض المرضى ممن يشتكون من تسببه في تشوش الرؤية وجفاف الفم.

من ناحية أخرى، تؤدي مضادات مادة الكولين إلى تأخير عملية تفريغ المعدة من محتوياتها، وعليه فإنها تؤدي إلى تغير امتصاص بعض العقاقير الأخرى. ومن ثم، ففي حالة الحصول على بعض العقاقير لعلاج أعراض أخرى والإقدام على استخدام عقاري البيرينزيبين والبروبانثيلاين، يجب استشارة الطبيب فيما يتعلق بضرورة تغيير الجرعة أو الثبات عليها.

العقاقير الخاصة بتحسين مقاومة الغشاء المخاطي

لقد كان دومًا من الأهداف الثابتة في علاج القرح إنتاج عقاقير من شأنها تحسين القدرة الوقائية للغشاء المخاطي لحماية المعدة من الحمض وإنزيم البيبسين. وعلى الرغم من ضآلة حجم النجاح الذي تم تحقيقه، فإن الأبحاث المستمرة أدت إلى الوصول لمعرفة أفضل آليات حماية الغشاء المخاطي؛ ومن ثم، الوصول لأفضل العقاقير التي يمكن استخدامها في هذا المجال. ويمكن القول أن البداية تمثلت في بعض طرق العلاج التقليدية مثل العرقسوس (Liquorice) وعقار البزموت.

العرقسوس

منذ عدة سنوات، اكتشف بعض الأطباء الهولنديين أن هذه المادة تساعد مرضى القرح المعدية بطريقة غير محددة؛ لأنها لا تؤدي إلى تقليل إفراز الحمض أو إنزيم البيبسين.كما أنه تم

افتراض أنها تتسبب في تغيير طبيعة الغشاء المخاطي الواقي داخل المعدة بالإضافة إلى زيادة كميته. كذا، أوضحت دراسات أخرى أن العرقسوس من شأنه تحسين عملية إعادة توليد خلايا الغشاء المخاطي داخل المعدة حول مناطق التقرح وأيضًا تقليل الالتهابات في هذه المناطق.

وقد نتج عن هذه الأبحاث اكتشاف عقارين. يتمثل العقار الأول في الكربينوكسولون (Carbenoxolone) – المعروف باسم البيروجاسترون (Pyrogastrone) - والعقار الثاني هو كيفيد-إس (Caved-S).

عقار الكربينوكسولون

يتم تناول هذا العقار ثلاث مرات يوميًا بعد الوجبات لمدة ستة أسابيع حتى الشفاء من القرحة. ويستخدم هذا العقار بصفة رئيسية في معالجة القرح المعدية؛ حيث تعتمد عملية الشفاء على التأثير الموضعي للعقار على الغشاء المخاطي. كذلك، يستمر هذا العقار في المعدة مدة طويلة كافية لحدوث أثر الدواء، إلا أنه يمر بسرعة شديدة عبر الاثنا عشر بما لا يسمح بحدوث التأثير الموضعي في هذه المنطقة. هذا، وقد قام مؤخرًا مصنعو هذا العقار بقصر استخدامه لمعالجة التهاب المريء ولمواجهة إعادة تدفق الحمض من المعدة إلى المريء مما يوضح توقف هذه العقاقير عن معالجة القرحة مع قيام مضادات H_2 بهذه المهمة.

هذا، وهناك العديد من المشكلات التي تنتج عن استخدام عقار الكربينوكسولون مما لا يجعله العقار الأفضل فيما يتعلق بعلاج القرح. وقد تشمل الآثار الجانبية لهذا العقار الاحتفاظ بالملح

وفقدان البوتاسيوم مما قد يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم بطريقة كبيرة وصعوبة التخلص من السوائل (مع حدوث انتفاخ أو تورم في كاحلي القدمين والساقين)، بالإضافة إلى الصرع والأزمات القلبية. هذا، ويمكن التعامل مع هذه الآثار الجانبية من خلال إضافة عقار مدر للبول مع البوتاسيوم للعلاج، إلا أن هذا يزيد من عدد الأدوية التي يتحتم على المريض أن يتناولها – ومن الممكن حتى أن يؤدي إلى المزيد من الآثار الجانبية. وتجدر الإشارة إلى أنه لا يجب إعطاء هذا العقار لمرضى القلب أو المصابين باضطرابات في الكلية أو الكبد أو الأشخاص الذين يتم إعطاؤهم عقاقير لعلاج ضغط الدم المرتفع. هكذا، فإنه ينبغي على أي شخص يحصل على الكربينوكسولون أن يقيس ضغط الدم بصورة منتظمة، بالإضافة إلى إجراء فحوص دورية للدم لمعرفة مستويات كل من البوتاسيوم والصوديوم به.

هذا، وتجدر الإشارة إلى أنه يتم في الوقت الحالي تقديم عقار الكربينوكسولون تحت اسم البيروجاسترون في شكل أقراص وشراب، ويشتمل هذا المركب على هيدروكسيد ألومنيوم وبيكربونات صوديوم، بالإضافة لحمض الألجينيك (Alginic Aid) وهي مادة تعمل على تحفيز التفاعل الجيد مع الغشاء المخاطي. ومن هنا، يمكن اعتبار هذه المادة بمثابة مضاد للحموضة بالإضافة إلى مقو للغشاء المخاطي أو واقٍ للخلايا المعدية.

عقار كيفيد-إس

لقد تم إنتاج عقار كيفيد-إس للحفاظ على تأثير الالتئام الذي ينتج عن الحصول على العرقسوس ولتجنب الآثار الجانبية الخطيرة للكربينوكسولون. وقد تظهر فائدة هذا العقار في تقليل

أعراض قرح المعدة فيما يتعلق ببعض المرضى، هذا بالإضافة إلى نجاح الهدف المتمثل في تجنب الآثار الجانبية للكربينوكسولون. وهذا العقار عبارة عن حبوب ذات طعم العرقسوس السائغ ينبغي أن يتم مضغها ثلاث مرات يوميًا.

من جهة أخرى، فإنه لا يزال من غير الواضح ما إذا كان هذا العقار يساعد بالفعل على الشفاء من القرح أم لا. فمن الممكن أن تكون التأثيرات الجيدة للعقار على الأعراض نتيجة احتوائه على هيدروكسيد ألومنيوم وكربونات الماغنسيوم بالإضافة إلى بيكربونات الصوديوم. ومن هنا، فيمكن اعتبار العقار على أنه مضاد حمضي هائل، بالإضافة إلى كونه مقو فعال للغشاء المخاطي. كذلك، فإن هذا العقار لا ينطوي استخدامه على أي أضرار.

عقار بزموت

لقد عرف على مدى أكثر من مائة عام أن مستحضرات بزموت تتميز بقدرتها على تخفيف عسر الهضم، إلا أنه تم مؤخرًا الكشف عن كيفية قيام هذه المركبات بهذا العمل.

وقد تم فحص المستحضر الحديث والذي يسمى تري-بوتاسيوم ديسيتراتوبزموتات (Tri-potassium Dicitratobismuthate) - المعروف باسم سائل De-Nol وأقراص De-Nol - بدقة شديدة. هذا، ومن خلال تناول هذا المستحضر سواء كشراب أو أقراص، فإن عقار البزموت يتفاعل مع حمض المعدة لتكوين طبقة فوق بطانة المعدة كلها، وخاصةً فوق القرحة النشطة حيث تتحد هذه الطبقة مع البروتينات الموجودة في سوائل المعدة. وقد يؤدي هذا إلى تكوين غطاء واقٍ قوي ضد هجوم الحمض وإنزيم

البيبسين. كذا، قد يؤدي هذا إلى تحفيز إنتاج الغشاء المخاطي مع الاندماج بإنزيم البيبسين الزائد لمنع هجومه على قاعدة القرح.

وهنا تكون النتيجة الحصول على مستحضر فعال ضد القرح لا يؤثر على إنتاج الحمض أو إنزيم البيبسين من خلال خلايا بطانة المعدة. وقد أوضحت الدراسات أن هذا العقار يتمتع بالنشاط ذاته لعقار السيميتيدين في شفاء قرح المعدة والاثنا عشر بعد مرور فترة تتراوح بين أربعة وثمانية أسابيع.

ومع ذلك، قد لا تكون هذه كل التأثيرات المقاومة للقرح التي يتمتع بها عقار بزموت. فقد أثبتت الدراسات فعالية هذا العقار في مقاومة بكتيريا HP. ومن ثم، فقد أصبح جزءًا لا يتجزأ من العلاج الموجه ضد هذه البكتيريا والتي سيأتي ذكرها في الفصل التالي.

ومثل كل العقاقير النشطة، هناك بعض العيوب التي تشوب استخدام هذا العقار. ذلك لأن الشكل السائل من هذا العقار لا بد من أن يتم تناوله بقدر ملعقة صغيرة (حوالي ٥ ملي) تخفف بـ ٢٠ ملي ماء، ثمُ يتناول قبل ٣٠ دقيقة من كل وجبة وبعد ساعتين عقب تناول آخر وجبة خلال اليوم. وقد يبدو مذاق العقار شبيه بطعم المعادن في حين تشبه رائحته رائحة الأمونيا، وهو ما قد ينفر بعض المرضى من استخدام هذا العقار ويجعلهم يميلون للحصول عليه في صورة أقراص. تجدر الإشارة إلى أن الأشخاص الذين يحصلون على العقار سواء أفي صورته السائلة أم من خلال الأقراص يجب عليهم تجنب مضادات الحموضة أو تناول اللبن في الوقت ذاته مما قد يقلل من كفاءة عقار بزموت.

هذا، وقد تشمل الآثار الجانبية للشكل السائل من العقار أن يتحول لون الأسنان واللسان والبراز إلى الأسود. وقد يكون هذا التحول في لون البراز على قدر من الخطورة؛ حيث يمكن الخلط بينه وبين حدوث نزيف أثناء التبرز والذي ينتج عن الإصابة بالقرحة. وقد يؤدي هذا ببعض الأشخاص للشعور بالإعياء الشديد، كما أنه لا يجب استخدام هذا العقار مع الأشخاص الذين يعانون من مرض مزمن بالكلية. وتجدر الإشارة إلى أن قدر قليل من عقار البزموت قد يتراكم مما يؤدي إلى حدوث تسمم في الدم في حالة عدم تأدية الكلية لوظيفتها على النحو الأكمل.

بصفة عامة، لتجنب حدوث التسمم على المدى الطويل، فإنه لا ينصح بالعلاج باستخدام الشكل السائل من عقار بزموت لمقاومة القرح لمدة طويلة. وقد تكون أقصى فترة ينصح بها هي ٥٦ يومًا. مع ذلك، فإن الاستخدام الرئيسي للعقار في الوقت الحالي يتمثل في المساعدة في التخلص من عدوى بكتيريا HP، وهو ما سيتم ذكره في الفصل التالي.

عقار السوكرالفات

فيما يتعلق بأفضل العقاقير التي توفر الحماية للغشاء المخاطي، لا يعتمد العقار الأفضل على العرقسوس أو البزموت. فالعقار الأفضل في هذا الشأن هو سوكرالفات (Sucralfate) – المعروف باسم أنتبسين (Antepsin). وتجدر الإشارة إلى أن هذا العقار يتكون من ملح ألومنيوم قلوي من سكروز أوكتاسولفات (Sucrose Octasulphate)، والذي يتحول في أثناء وجود الحمض المعدي إلى مادة لاصقة تلتصق بسطح القرح النشطة بينما يستمر في العمل كمضاد حموضة قوي. ويمكن القول إنه في

هـذا الشـأن، يختلـف عقـار السـوكرالفات عـن بقيـة مضـادات الحموضـة الأخـرى التـي تقـوم بتكـوين مـواد هلاميـة تقـع داخـل التجويف المعدي. كذا، يقوم عقار السوكرالفات بالاتحاد مع إنـزيم البيبسين وأملاح الصفراء ومنعها من الاحتكاك بسطح القرحة.

ومن خلال المحاولات التجريبية، فقد تميز هذا العقار بالفعاليـة - تمامًا مثل عقار السيميتدين - في شفاء القرح المعدية وقرح الاثنـا عشر، كما أن له أثرا في تخفيف الأعراض المرتبطة بهذه الأمراض. ويمكن القول إنه نتيجـة ضعف امتصاص هـذا العقـار داخـل الـدورة الدموية، تندر أو تنعدم الآثار الجانبية الخاصة بهـذا العقـار، إلا أن مـا يحتويه من الألومنيوم قد يسبب الإمساك وأيضًا بعض المضاعفات لـدى الأشـخاص المصـابين بفشـل كلـوي (Kidney Faliure) عنـد الاحتباس.

وقد يكون من أسباب الأهمية الكبيرة لهذا العقار فيمـا يتعلـق بالقرح، كما هو الحال مع بزمـوت، مقاومتـه لبكتيريـا HP. وسـوف يتم ذكر الطرق المستخدمة حاليًا فـي مقاومـة بكتيريـا HP فـي الفصـل التـالي. ومـع هـذا، يمكـن القـول إنـه حتـى الآن لـم يـتم اكتشاف الطريقة المثلى للقضاء على هذه البكتيريا. وهـو مـا قـد يحدث عما قريب.

الفصل التاسع

القضاء على بكتيريا HP

يبدي العديد من الأشخاص الذين يعرض عليهم العلاج باستخدام مضادات بكتيريا HP اندهاشهم من درجة التعقيد التي تتسم بها مجموعة العقاقير المستخدمة في العلاج. فمن المعتاد في معالجة معظم حالات العدوى تناول جرعات من مضاد حيوي لعدة أيام حتى يتم القضاء على العدوى والتخلص من أعراضها. ولكن العلاج من بكتيريا HP يختلف تمامًا عن ذلك.

وقد يرجع ذلك إلى أن عدوى HP لا تتبع النموذج المعتاد في حالات العدوى التي قد يتعرض لها الحلق أو الرئتان أو الكليتان أو الجلد. فمن خلال حالات العدوى هذه، تصل الجراثيم إلى الجسم، ثم يستجيب الجسم بظهور الأعراض (المتمثلة في الشعور بالألم والحمى)، ثم يتم إنهاء ذلك من خلال استخدام مجموعة من المضادات الحيوية مما يجعل الجهاز المناعي في الجسم يطرد هذه الجراثيم.

من جهة أخرى، فإن بكتيريا HP تجد لها طرقًا أخرى حتى تنجو من مثل هذه الإجراءات. على سبيل المثال، عندما تصل هذه البكتيريا للمعدة، فإنها لا تسبب عدوى شديدة، كما أن الجهاز المناعي داخل الجسم لا يستجيب من خلال رد الفعل المعتاد الذي يتمثل في ظهور أعراض الحمى. على ذلك، فمعظم الأشخاص المصابين بعدوى بكتيريا HP ليست لديهم أدنى فكرة عن إصابتهم بهذه العدوى. ومن هنا، تتمكن البكتيريا من العيش

لفترة طويلة داخل المعدة، ولا تؤدي إلى ظهور أي أعراض لدى معظم الناس، سوى التهاب معدي مزمن لا يعرف عنه المصاب شيئًا لأن الإصابة بهذه البكتيريا لا تؤدي إلى ظهور أي أعراض. وتجدر الإشارة إلى أنه في حالة الإصابة بالقرحة، يبدأ المريض في الشكوى من وجود شيء ما في المعدة والذي يظهر نتيجة الشعور بالألم الشديد. وعادةً ما يحدث ذلك بعد مرور سنوات من الإصابة بالعدوى الأولية، وقد لا يحدث أن يتم الشعور بالألم أبدًا.

من جهة أخرى، يتمثل الأمر الثاني في أن بكتيريا HP تخفي نفسها بعيدًا عن تأثير كل من المضاد الحيوي والجهاز المناعي بالجسم من خلال العيش تحت طبقة الغشاء المخاطي بالمعدة على سطح الخلايا نفسها وليس بداخلها. ويعني هذا أنه حتى يتمكن المضاد الحيوي من قتل البكتيريا يجب أن يصل إليها أولاً؛ أي يجب أن يصل إلى داخل الغشاء المخاطي بتركيز يكفي لقتل البكتيريا. تجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من المضادات الحيوية التي يمكنها قتل البكتيريا من خلال المزارع المهيأة في المعامل، ولكن لا يتمكن إلا عدد محدود جدًا منها من اختراق الغشاء المخاطي داخل المعدة بتركيز كافٍ لقتل البكتيريا. جديرٌ بالذكر هنا أنه في التجارب الأولى على العقاقير المضادة لبكتيريا HP ظهرت لدى الغالبية مستعمرات مزدهرة من البكتيريا في خلال شهر واحد من التخلص المزعوم منها.

ويتلخص الأمر الثالث في أن بكتيريا HP تتمتع بقدرة كبيرة على مقاومة المضادات الحيوية. فهذا النوع من البكتيريا لا يتأثر على الإطلاق بالكثير من المضادات الحيوية التي تجدي مع أنواع أخرى من البكتيريا، كما أنها تقاوم بسرعة أنواع أخرى من المضادات. ومن هنا، يمكن القول إنه من خلال التعرف على هذه

البكتيريا، فقد اتضح أنه قد يكون من غير المفيد مهاجمة هذه البكتيريا بنوع واحد من العقاقير. على ذلك، يجب الاستعانة بالعديد من مجموعات المضادات الحيوية للتخلص من هذه البكتيريا. وبالطبع، قد يؤدي هذا إلى إثارة العديد من المشكلات؛ فكلما زادت العقاقير المستخدمة، زادت الآثار الجانبية التي يمكن حدوثها. وقد تم إثبات ذلك من خلال الممارسة الفعلية.

من ناحية أخرى، حتى إذا ما وصلت المضادات الحيوية إلى المعدة، ربما تفقد نشاطها بسبب البيئة الحمضية. وهذا ما يحدث مع الكثير من عقاقير البنسيلين التي تقتل بكتيريا HP في البيئة التي تتعادل فيها نسبة الأحماض والقلويات الموجودة في معظم أنسجة وسوائل الجسم، ولكنها تفقد فاعليتها في البيئة الحمضية للمعدة.

بالإضافة إلى ذلك، فإنه من المعتاد أن تفرغ المعدة محتوياتها كل عدة دقائق، وهكذا، بمجرد أن يبدأ المضاد الحيوي الفعال في العمل، تقوم المعدة بإخراجه؛ وهو ما يؤدي إلى نجاة البكتيريا.

ومن هنا، نتساءل عن أكثر العقاقير فعالية في مقاومة هذه البكتيريا. قد يبدو الاختيار متمثلاً في ثلاثة أنواع من العقاقير - عقار البزموت (في صورة أقراص) وعقار المترونيدازول (Metronidazole) - المعروف باسم الفلاجيل (Flagyl) - وأيضًا عقار التيتراسيكلين (Tetracycline) - (المعروف بأسماء الأكروميسين (Acromycin) والديتيكلو (Deteclo) والميستكلين (Mysteclin) والسوستاميسين (Sustamycin) والتيراميسين (Terramycin)). ويعرف ذلك لدى الأطباء - لأسباب واضحة - بالعلاج الثلاثي.

هذا، وقد يتم استخدام عقار البنسيلين Penicillin – المعروف باسم الأموكسيلين (Amoxycillin) أو الأموكسيل (Amoxil) - بدلاً من عقار التيتراسيكلين، ولكن النتائج قد تكون أحسن قليلاً في حالة استخدام عقار التيتراسيكلين. كذا، فإن اختيار عقار التيتراسيكلين يؤدي أيضًا إلى تجنب مشكلة الحساسية تجاه عقار البنسيلين، مهما كانت طفيفةً.

العلاج الثلاثي

لقد كان عقار بزموت، في شكله السائل، أول العقاقير التي اكتشفت فعاليتها ضد بكتيريا HP في جسم الإنسان، بعد أن كان قد اتضح أنه يقلل معدل تكرار الإصابة بقرح الاثنا عشر بشكل أكثر فعالية من مضادات H_2. بعد ذلك، كانت الخطوة البسيطة التالية هي إيضاح أن الشكل السائل من عقار بزموت أدى إلى التخلص من بكتيريا HP لدى المرضى الذين لم يعانوا من ظهور القرح مرةً أخرى.

مع ذلك، فقد اتضح فيما بعد أنه في حالة تناول عقار بزموت بمفرده، يتم التخلص من البكتيريا لدى من ١٠ إلى ٣٠ بالمائة من الأشخاص الذين تمت معالجتهم. وعلى الرغم من ذلك، يظل عقار بزموت ذا أهمية خاصة في العلاج الثلاثي؛ حيث إنه يساعد في منع بكتيريا HP من مقاومة العقارين الآخرين. ويمكن القول أنه فيما يتعلق بالجرعات المستخدمة من عقار بزموت في العلاج الثلاثي، لا يكون هناك أي آثار جانبية خطيرة؛ حيث لم يلاحظ مستخدموه من هذه الآثار إلا تحول لون البراز إلى اللون الأسود.

هذا، وقد تم تقديم عقار المترونيدازول لأول مرة منذ عدة سنوات كعامل مضاد لمرض القلاع (Thrush). ومع هذا، فقد تم مؤخرًا إثبات فعاليته في معالجة أحد أنواع عدوى الأمعاء التي تسببها البكتيريا اللاهوائية – وهي بكتيريا تزدهر دون الحاجة إلى الأكسجين. وتجدر الإشارة إلى أنه من الممكن التأثير على بكتيريا HP باستخدام عقار المترونيدازول، إلا أنها سرعان ما تبدأ في مقاومة هذا العقار في حالة تناوله بصفة منفردة.

وفيما يتعلق بعقار التيتراسيكلين، فقد تم تطويره في فترة الأربعينيات من القرن العشرين عقب موجة تصنيع العديد من المضادات الحيوية نتيجة لنجاح استخدام عقار البنسيلين. وقد يكون هذا العقار فعالاً بدرجة كبيرة ضد عدوى التهاب الشعب الهوائية وعدوى الجلد. هذا، ويمكن القول إن عقار التيتراسيكلين له تأثير كبير على بكتيريا HP.

الاستمرار في العلاج

قد تتمثل العقبة الأولى في طريق العلاج الثلاثي في نسيان المرضى الحصول على الجرعات اليومية. ذلك لأن عدم تناول الجرعات المحددة كما وصفها الطبيب يعد السبب الرئيسي لفشل علاج القرح والقضاء على بكتيريا HP. كذا، فإن ذلك هو السبب الرئيسي في مقاومة بكتيريا HP للمزيد من العلاج باستخدام المضادات الحيوية.

بصفة عامة، فإنه من الصعب إلقاء اللوم على المرضى نتيجة عدم التزامهم بالجرعات المحددة؛ حيث إن العلاج الثلاثي ينطوي على الحصول على الكثير من الأقراص. فمن المعروف أنه يجب تناول عقار البزموت (الشكل السائل) أربع مرات يوميًا وعقار

المترونيدازول ثلاث مرات يوميًا وعقار التيتراسيكلين أربع مرات يوميًا. هكذا، يصل عدد الأقراص التي يتم تناولها يوميًا إلى ١١ قرصًا ويستمر ذلك لمدة أسبوعين.

ولا يكون عدد الأقراص هو المشكلة الوحيدة، فهناك أيضًا الآثار الجانبية. فقد يشتكي واحد من كل ثلاثة مرضى يخضعون للعلاج الثلاثي من آثار جانبية واضحة مما يستدعي استشارة الطبيب. وتتضمن هذه الآثار الجانبية التوعك والإسهال والدوار والشعور بالحموضة ووجود آلام في الفم وأيضًا التهاب القولون الكاذب وهو عبارة عن التهاب شديد في الأمعاء. على ذلك، يعد عدم الالتزام بالجرعات المحددة بسبب الآثار الجانبية للأدوية سببًا رئيسيًا في فشل العلاج الثلاثي.

ومن هنا، فإنه من الأهمية في حالة مطالبتك باتباع العلاج الثلاثي أن تكون على علم بإمكانية تعرضك لآثار جانبية، إلا أنه يجب عليك المثابرة حتى انتهاء مدة العلاج. وفي حالة مقدرتك على الاستمرار في العلاج إلى نهايته، فهنا ترتفع فرص تخلصك من بكتيريا HP وشفاء القرحة تمامًا. كذلك، تجدر الإشارة إلى أنه في حالة توقفك الفجائي عن العلاج، فقد تستمر القرحة في معاودة الظهور مرةً أخرى مع اكتساب البكتيريا مناعة ضد أي علاج مستقبلي من خلال العقاقير الطبية.

من جهة أخرى، في حالة فشل العلاج الثلاثي، فإن ذلك يُعزى عادةً إلى مقاومة بكتيريا HP لعقار المترونيدازول. وتجدر الإشارة إلى أنه في الدول المتقدمة، فإن معدل المقاومة يتراوح من ١٠ إلى ٢٠ بالمائة. وفي المقابل، فإنه فيما يتعلق بالدول النامية، فإن معدل المقاومة يرتفع إلى ٨٠ بالمائة.

بصفة عامة، فإن ٩٠ بالمائة من المرضى المصابين ببكتيريا HP يستجيبون بشكل جيد للعلاج الثلاثي الكامل إذا كانت البكتيريا تتأثر بالعقاقير الثلاثة المستخدمة. مع ذلك، فقد يكون العلاج الثلاثي فعالاً بنسبة تتراوح بين ٣٠ و٦٠ بالمائة فقط في التخلص من بكتيريا HP إذا كانت البكتيريا تقاوم عقار المترونيدازول. كما أن زيادة الآثار الجانبية تجعل من الصعب الاستمرار في مثل تلك الظروف. وفي الوقت الحالي، ينصح بعض المتخصصين بعمل مزارع للكائنات العضوية واختبار للمقاومة قبل البدء في تلقي العلاج. ويمكن القول أنه حتى الآن تمثل ذلك في أخذ عينات من جدار معدي قد يكون به آثار البكتيريا وذلك لفحصه باستخدام المنظار، إلا أن أسلوب "الخيط والكبسولة" - الذي تم تطويره من قبل الدكتور إي بيريز ترالريوا (انظر الفصل الرابع) - قد يكون أفضل لحالة المريض. هذا، ويبدو أن هذا الأسلوب يتسم بالقدر نفسه من الدقة الذي يتوفر في استخدام المنظار، كما أنه مقبول بشكل أكبر. كذا، يمكن استخدام هذا الأسلوب مع الأطفال دون إحداث أي نوع من الإزعاج لهم.

عقار الأوميبرازول وبكتيريا HP

تجد بكتيريا HP بيئة مناسبة لها داخل الوسط الحمضي بالمعدة. وفي الحقيقة، تعد هذه البيئة مناسبة لها؛ حيث إنه بعد تناول عقار الأوميبرازول واختفاء الحمض، تقوم جراثيم البكتيريا بالانتقال إلى أعلى متجهة من أسفل المعدة وهو الجزء الأكثر حمضية إلى وسط المعدة حيث يتبقى بعض الحمض أثناء المعالجة بعقار الأوميبرازول.

وبصفة عامة، فإنه من غير المعلوم سبب بحث البكتيريا عن المناطق التي يتبقى بها الحمض بهذا الشكل. فقد يكون ذلك بسبب محاولتها الهروب من مواد جهاز المناعة التي تعد ذات فعالية كبيرة في قتلها عندما تكن نسبة الحموضة أقل؛ وقد يكون السبب في ذلك الهروب من منافسة بعض أنواع البكتيريا الأخرى التي توجد في المعدة عندما تقل نسبة الحموضة. وبصرف النظر عن السبب، فهناك نسبة أقل من بكتيريا HP في المعدة التي يتم معالجتها بعقاقير منع إفراز الأحماض، مثل عقار الأوميبرازول.

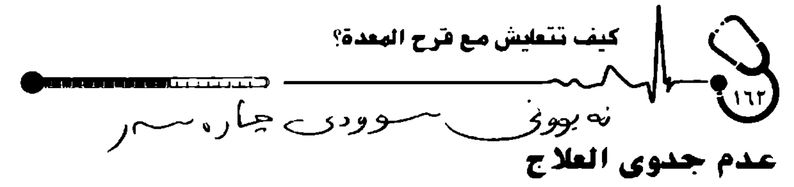
مع ذلك، لا ينبغي الاقتصار في العلاج على عقار الأوميبرازول فقط للوصول إلى حل نهائي. ذلك لأنه بمجرد أن يتم التوقف عن العلاج وعودة البيئة الحمضية في المعدة إلى مستوياتها الطبيعية، فإن النسبة القليلة من البكتيريا التي تنجو من انخفاض مستوى الحموضة في المعدة تعود مرةً أخرى إلى منطقة أسفل المعدة وتتكاثر من جديد. هكذا، فإنه في خلال عدة أيام تعود البكتيريا إلى سابق عهدها مرةً أخرى.

العلاج الثنائي

على الرغم من ذلك، فقد أدت هذه الخاصية المتعلقة بتقليل كثافة بكتيريا HP إلى إمكانية الاستفادة من استخدام عقار الأوميبرازول مع استخدام المضادات الحيوية. هذا، وفي شكل معدل من فكرة العلاج الثلاثي، قامت فرق بحث ألمانية عديدة بالجمع بين عقار الأوميبرازول والأموكسيلين، وذلك في محاولة للتخلص من البكتيريا من خلال هذه التركيبة.

تجـدر الإشـارة إلـى أن العـلاج الثنـائي أكثـر سـهولة علـى المرضى. ويرجع ذلك إلى أنه ينطوي علـى تنـاول عـدد أقـل مـن الأقـراص. جـديرٌ بالـذكر أنـه مـن خـلال أكبـر دراسـة تـم إجراؤهـا وتضمنت ١٥٧ مريضًا، تم اكتشـاف أن تناول قرص واحد يوميًـا مـن عقار الأوميبرازول وقرصين من عقار الأموكسيلين مرتين يوميًا من شأنه التخلص من البكتيريا بدرجة كبيرة. وقـد تـم التوصـل لنتـائج أفضل (تراوحت معدلات الـتخلص مـن البكتيريـا إلـى أكثـر مـن ٨٠ و٩٠ بالمائة) مع استخدام جرعات أكبـر مـن العقـارين. ويبـدو أنـه للحصول على أفضل النتـائج، لا بـد مـن تنـاول عقـار الأوميبـرازول بجرعـة تصـل إلـى ٤٠ مليجـرام مـرتين يوميًـا مـع تنـاول عقـار الأموكسـيلين بجرعـة ٥٠٠ مليجـرام أربـع مـرات يوميًـا؛ أي تنـاول ستة أقراص أو كبسولات بصفة يومية.

مـن ناحيـة أخـرى، لهـذا العـلاج الثنـائي باسـتخدام كـل مـن عقاري الأوميبرازول والأموكسيلين آثار جانبية أقـل مقارنـةً بالآثـار الجانبية التـي تنـتج عـن العـلاج الثلاثـي. كمـا أنـه أسـهل علـى المريض فيما يتعلق باتباعه، بالإضافة إلى أنـه يـؤدي إلـى تجنـب مشكلة مقاومة البكتيريا لعقار المترونيدازول. مع ذلك، فإن أعـداد الأشخاص المعالجين حتى الآن محدودة للغاية وهو ما لا يسـمح بالتأكد من أن هذا الأسلوب على قدر من الفعاليـة بمـا يتسـاوى مـع أسـلوب العـلاج الثلاثـي، كمـا أن هنـاك دائمًـا مشـكلة الحساسية تجاه عقار البنسيلين. ويمكن القول إنه إذا مـا تكـررت النتائج المبكـرة التـي تـم التوصـل إليهـا فـي أبحـاث أخـرى، فـإن العلاج الثنائي ربما يصبح الحل الأمثل لمقاومة بكتيريا HP.



عدم جدوى العلاج

توضح الأرقام أن العلاج الثلاثي يؤدي إلى التخلص من بكتيريا HP لدى ٩٠ بالمائة من المرضى، في حين أن العلاج الثنائي يؤدي على الأرجح إلى التخلص من البكتيريا لدى ٨٠ بالمائة من المرضى. بصفة عامة، فإنه من الممكن البدء بأحد هذه الأساليب لفترة من الزمن، وفي حالة عدم جدواها يتم الاستغناء عنها والانتقال إلى الأسلوب الآخر. هذا، وفي حالة اكتساب البكتيريا للمناعة ضد عقار المترونيدازول، يمكن بدء الاستعانة بأسلوب العلاج الثنائي.

ومن المهم في حالة بدئك تلقي أي من أسلوبي العلاج الحصول على كل الجرعات التي يحددها الطبيب؛ حيث إن عدم الالتزام بالجرعات المحددة قد يكون السبب الأكثر شيوعًا لاستمرار وجود بكتيريا HP في المعدة.

من جهة أخرى، فإنه فيما يتعلق بالمرضى الذين تستمر إصابتهم بالبكتيريا على الرغم من الالتزام بالعلاج، ينصح بعض الخبراء باستخدام أسلوب "العلاج الرباعي" لمدة أسبوع واحد. وأسلوب العلاج هذا ما هو إلا العلاج الثلاثي مع إضافة ٤٠ مليجرام من الأوميبرازول مرتين يوميًا.

كذا، فإنه فيما يتعلق بالمرضى المصابين ببكتيريا HP ذات المناعة ضد عقار المترونيدازول وذوي الحساسية تجاه البنسيلين، فإنه يوصى بالجمع بين كل من الأوميبرازول والمضاد الحيوي كلاريثروميسين (Clarithromycin)، وقد أدى هذا إلى معدل تخلص من البكتيريا يصل إلى ٨٠ بالمائة. كذلك، أوضحت دراسة محدودة أخرى أن معدل التخلص من البكتيريا وصل إلى

١٠٠ بالمائة عند الجمع بين كل من المواد الثلاثة - الأوميبرازول والمضادين الحيويين الكلاريثروميسين والتينيدازول (Tinidazole).

جدوى التخلص من بكتيريا HP

إذا كانت كل هذه الطرق تسبب لك قدرًا من المشكلات لا تريد مواجهته من أجل التخلص من بكتيريا في المعدة، حاول أن تتعرف على البديل عن ذلك. فلن يتوقف الأمر عند استمرار الألم لعدة سنوات – حيث يتوقف ويعاود الظهور - بسبب القرح المتكررة. فهناك أيضًا مخاطر حدوث ثقوب بجدار المعدة - وهي الحالة التي تحدث لكل ٥ بالمائة من المصابين بالقرحة لفترات طويلة - بالإضافة إلى خطر التعرض للنزيف، والذي يحدث لنسبة ١٥ بالمائة من المصابين بالقرح.

وفيما يتعلق بالآخرين، مثل المصابين بالتهاب المفاصل، فإن الدافع قد يكون أقوى من هذا. ذلك لأنه يتعين على هؤلاء المرضى الحصول على عقاقير NSAID لتخفيف الألم، على الرغم من معاناتهم من القرح المعدية بسبب هذه العقاقير. ومن هنا، فقد يتألم هؤلاء المرضى بين ألم المفاصل في حالة عدم تناولهم للعقاقير المضادة للالتهاب وألم المعدة في حالة تناولهم إياها.

وقد أعطى الأطباء في جلاسجو باسكتلندا شعاعًا من الأمل. فقد أعرب الدكتور إيه إس طه (A. S. Taha) وزملاؤه في تقريرهم الصادر عام ١٩٩٥ عن دراسة أجريت على ٥٠ مريضًا - ممن قاموا باستخدام عقاقير لفترات طويلة - ومن بينهم ٣٠ مصابًا ببكتيريا HP أنه من الـ ٣٠ مصابًا، حدث لدى ٦٠ بالمائة منهم تآكلات في جدار المعدة في حين أصيب ٤٠ بالمائة منهم بالقرح في أثناء الدراسة. هذا، وفيما يتعلق بالأرقام المقابلة في الأشخاص غير

المصابين ببكتيريا HP، فقد كانت النسب ٢٥ و ١٥ بالمائة. وقد تم الربط بين تآكلات جدار المعدة والقرح من جهة والإصابة بعدوى بكتيريا HP من جهة أخرى. وقد استنتج القائمون على الدراسة أهمية العلاج المضاد لبكتيريا HP في حماية المعدة والاثنا عشر لدى الأشخاص الذين يستخدمون عقاقير NSAID.

وأخيرًا، فقد أصبح الدليل أن بكتيريا HP تؤدي إلى الإصابة بسرطان المعدة أكثر قوة ووضوحًا. وقد أوضح الأطباء بمدينة ليدز البريطانية أنه فيما يتعلق بالأشخاص المصابين ببكتيريا HP والالتهاب المعدي، فقد أظهر جزء من خلايا بطانة المعدة بعض التغيرات التي تعد مؤشرًا للإصابة بالسرطان (المقصود هنا تكاثر الخلايا). وفي غضون أربعة أسابيع من استكمال العلاج الثلاثي للتخلص من بكتيريا HP، تضاءلت التغيرات مما يدل على قلة مخاطر الإصابة بالسرطان. وفيما يتعلق بالأشخاص الذين استمرت إصابتهم بالبكتيريا، فإن التغيرات الخاصة بتكاثر الخلايا استمرت في الزيادة.

ويعد هذا دليلاً دامغًا على ضرورة بذل قصارى الجهد للتخلص من بكتيريا HP بالمعدة، ولا سيما لدى كل الأشخاص المصابين بالالتهاب المعدي والقرح المعدية.

الفصل العاشر

التدخل الجراحي

في حالة ما إذا كان قد تم تأليف هذا الكتاب في فترة السبعينيات، كان من الممكن أن يحتل الفصل الخاص بالجراحة أكثر من نصف حجمه. ففي الفترة السابقة لظهور مضادات H_2، كان معظم المصابين بالقرح المزمنة يلجأون إلى التدخل الجراحي. ومن هنا، فلقد تم إجراء العديد من العمليات الجراحية، حتى أن بعض الجراحين لم يقوموا بإجراء أية جراحات أخرى غير جراحة القرح.

كذا، فإن الجراحة ذاتها كانت معتمدة في ذلك الوقت على عمل الجراحين أنفسهم (معظمهم من الألمان) الذين قاموا بـ العمليات في السنوات الأولى من هذا القرن. ولا تزال أنواع تلك العمليات تحمل أسماءهم - فأسماء بيللروث وبوليا مألوفة لكل طالب طب يتعين عليه معرفة الفرق الدقيق بين عملية بيللروث ١ (Billroth 1) وبيللروث ٢ (Billroth 2) - المعروفة باسم بوليا (Polya).

وقد توقف إجراء هذه العمليات تمامًا بعد اكتشاف عقار السيميتيدين. ويمكن القول إنه بمجرد توفر طرق علاج فعالة للقرح، فإن الجراحين شعروا بسعادة كبيرة لأنه سيصبح بإمكانهم تركيز اهتمامهم على التعامل مع أمراض أخرى.

وفي هذه الأيام، فإن مؤشرات التدخل الجراحي لعلاج القرح أصبحت قليلة. و تنقسم هذه المؤشرات إلى أربع فئات:

- فشل العلاج بالعقاقير الطبية

- المضاعفات مثل حدوث ثقوب بجدار المعدة أو الانسداد أو النزيف
- القرحة المعدية في حالة الاشتباه باحتمال الإصابة بالسرطان
- وجود قرحة في أحد المواضع التي يوجد بها خط ربط جراحي قديم أو ما يطلق عليه المفاغرة

فشل العلاج باستخدام العقاقير الطبية

من النادر جدًا أن يفشل العلاج بالعقاقير الطبية وخاصةً في الوقت الحالي. ولا يتم الجزم بفشل العلاج قبل مرور ما يقرب من ستة أشهر على الأقل من بدء العلاج باستخدام بعض العقاقير مثل عقار السيميتيدين أو الرانيتيدين.

المضاعفات

من حين لآخر، ولكن بنسبة أقل مما كان موجودًا في الماضي، تظهر لدى بعض الذين عانوا من قرح بالاثنا عشر على مدار سنوات عديدة ندبة من شأنها تضييق المدخل إلى الاثنا عشر. وقد يلزم توسيع هذا المدخل الضيق الموجود بفم المعدة السفلي في حالة ظهور بعض الأعراض التي تؤثر على راحة الشخص (مثل تقيؤ الطعام الذي تم تناوله منذ ساعات قليلة).

ويجب معالجة الثقوب بجدار المعدة كحالة طوارئ تستوجب العلاج الفوري. وهذا يعني عادة خياطة موضع الثقب، ثم السماح للمريض بالاسترخاء لفترة مناسبة قبل القيام بفحصه مرةً أخرى. ويمكن القول إنه فيما يتعلق بمعظم المرضى، فإن العلاج بالأدوية

هـو كـل مـا سـيحتاجونه بعـد ذلـك. وبعـد تـوفر العقـاقير الخاصـة بمعالجة القرح، يحتاج عدد قليل جدًا من المرضى بعـد ذلـك إلـى التدخل الجراحي.

وفيما عدا هذه الحالات، تندر حالات إجراء العمليـات الجراحيـة في الوقت الحالي إلا في حالـة تشـخيص الطبيـب بوجـود قرحـة نشطة بعد أخذ عينة وفحصـها مجهريًـا. وفـي حالـة وجـود عسـر هضم مستمر دون وجود قرحـة، فـإن ذلـك يعـد دلـيلاً قويًـا علـى معاناة المريض من عسر الهضم العصبي وهو ما لا يتناسـب معـه أي تدخل جراحي على الإطلاق. ذلك لأن العمليـة الجراحيـة لـن تفيد المريض فـي هـذه الحالـة، بـل قـد تـؤدي إلـى زيـادة شـعور المريض أو المريضة بالعصبية.

العمليات الجراحية للتخلص من القرح

الاستئصال الجزئي للمعدة

في الماضي، سعى الجراحون إلى استئصال معظم المنـاطق المنتجة للحمض بالمعدة، وهي العملية التي كانت تعرف حينذاك بالاسـتئصـال الجزئـي للمعـدة. وكانـت هـذه العمليـة تـؤدي إلـى تقليل حجم المعدة إلى ثلث حجمها الطبيعي. وعادةً ما كان يـتم علاج مشكلة الحمض (علـى الـرغم مـن معانـاة ١٥ بالمائـة مـن الأشخاص الذين تم إجراء هذه العملية لهم من مضاعفات متنوعة بعد ذلك). وعلى الرغم مـن أنهـم كـانوا مضـطرين لتنـاول وجبـات صغيرة على فترات منتظمة من وقـت إجـراء العمليـة، فقـد فضـل الكثير من المرضى إجـراء هـذه العمليـة الجراحيـة علـى الشـعور بالألم المستمر قبل إجراء العملية.

استئصال العصب الحائر المعدي القريب

في المرحلة الحالية، وفي حالة ما إذا كان من الحتمي التدخل الجراحي، يحاول الأطباء عدم المساس في الجراحة بأي جزء من المعدة على الإطلاق. ولكنهم بدلاً من ذلك يفضلون استئصال جزء من العصب الحائر حيث يمتد إلى المعدة، ومن ثم يتم تقليل الحافز العصبي الرئيسي لإفراز الحمض. وتنطوي هذه العملية على قطع العصب وانتزاعه من مكانه. ويتم في هذه العملية، التي تسمى باسم استئصال العصب الحائر المعدي القريب (Proximal gastric vagotomy) والتي يشار لها بالاختصار (PGV)، قطع الأعصاب المؤدية إلى المنطقة المنتجة لأكبر كمية من الحمض في المعدة، في حين تترك الأعصاب المتحكمة في تنظيم حركة المعدة ومرور محتوياتها إلى الاثنا عشر.

ويمكن القول إن مميزات هذه العملية مقارنةً بعملية الاستئصال الجزئي للمعدة تتمثل في معدل وفيات أقل ونسبة محدودة من الآثار الجانبية. وعلى الرغم من ذلك، يرتفع معدل معاودة ظهور القرح بدرجة كبيرة. ومن المأمول أنه في الوقت الذي تتجه فيه إحدى القرح لمعاودة الظهور مرة أخرى، فإن إحدى طرق العلاج بالعقاقير، مثل الجمع بين الأوميبرازول والعلاج الثلاثي، قد تكون أثبتت نجاحًا كبيرًا.

الأعراض التالية لعملية الاستئصال الجزئي للمعدة

من معايير الأساليب الحديثة لعلاج القرح بالعقاقير تحول عمليات الاستئصال الجزئي للمعدة من كونها أكثر العمليات الجراحية شيوعًا في المعدة بعد عمليات استئصال الزائدة إلى

أقل العمليات شيوعًا في الوقت الحالي. ولأن العديد من قراء هذا الكتاب قد يكونون تعرضوا لعملية استئصال جزئي للمعدة، فمن الملائم توضيح بعض الآثار الجانبية غير المرغوبة للعملية الجراحية وكيفية التعامل معها.

تقلص حجم المعدة: سوف تبدأ في هذه الحالة بالشعور بالشبع بعد تناولك تقريبًا لنصف حجم الوجبة التي كنت تتناولها من قبل في الظروف العادية. وقد يكون أفضل حل في هذه الحالة هو تناول وجبات صغيرة جدًا للعديد من المرات.

الشعور بالهزال والضعف: بالإضافة إلى الشعور بالشبع، فإن الشخص يشعر بشكل مفاجئ بالضعف والتعب في أثناء تناول الطعام. وعادةً ما يحدث هذا الشعور في حالة الجلوس أو الوقوف، كما قد ينتج عن التمدد الزائد للجزء الصغير من الأمعاء الدقيقة الذي يوجد خلف الاثنا عشر مباشرةً، والذي يطلق عليه المعي الصائم. وعادةً ما يختفي هذا التمدد الزائد بصورة تدريجية بعد إجراء العملية. وعند حدوث مثل هذه الحالة، فإنه يكون من الأفضل تناول وجبات جافة تحتوي على سوائل قليلة جدًا، مع الاستلقاء في أثناء الأكل أو بعد تناول الوجبة مباشرةً.

نقص سكر الدم - هيبوجليكيميا (Hypoglycaemia): وهي نوبات من انخفاض سكر الدم تحدث عادةً بعد ساعتين من تناول الطعام، كما أن الأعراض قد تتضمن الدوار والصداع الخفيف والعرق والتشنجات وأحيانًا الارتباك. وتحدث هذه الحالة نتيجة الامتصاص المفاجئ لكميات كبيرة من سكر الدم من الأمعاء الدقيقة. ويؤدي هذا بدوره إلى زيادة إفراز الأنسولين من البنكرياس، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى السكر في الدم

بدرجة أكبر من المعتاد. وهنا، يؤدي هذا الانخفاض في مستوى سكر الدم لظهور هذه الأعراض. والحل هو تناول كميات قليلة من الطعام على مرات متعددة على أن تتمثل في وجبات خفيفة تحتوي على كمية قليلة من السكر. وفي حالة بداية هذه الأعراض في الظهور، يمكنك تناول قدر من السكر في الحال.

التقيؤ الصفراوي: قد يتقيأ بعض الأشخاص كميات قليلة من الصفراء بعد إجراء الجراحة. وعادةً ما تختفي هذه الحالة تدريجيًا دون أي تدخل. ويكون من المفيد في هذه الحالة الاستلقاء على الجانب الأيسر.

عسر الهضم المتكرر: في حالة معاودة الألم بعد إجراء الجراحة، فقد يكون هذا الألم ناتجًا عن وجود قرحة في موضع الربط الجراحي لجزئي المعدة. وهنا، يجب تشخيص هذه الحالة من خلال المنظار ومعالجتها فورًا باستخدام العقار المناسب، مثل أحد مضادات H_2 التي قد يستمر المريض في تناولها لمدة سنة على الأقل. وفي حالة فشل هذا العلاج، ستكون هناك حاجة لإجراء عملية أخرى. وفي حالة اكتشاف عدم وجود قرحة، فقد يكون التشخيص المناسب هو عسر الهضم العصبي؛ ومن ثم، يتم الاستعانة بأسلوب العلاج المناسب بالعقاقير.

الإسهال: قد ينتاب بعض الأشخاص عرض الإسهال بعد الخضوع لعملية جراحية. ويمكن معالجة هذه الحالة من خلال بعض عقاقير الإمساك مثل الديهيدروكودين (Dihydrocodeine).

الأنيميا: عند بعض الأشخاص عقب إجراء العملية الجراحية، يؤدي نقص الحمض في المعدة وسرعة انتقال الطعام عبر الأمعاء إلى تقليل امتصاص الحديد؛ ومن ثم تحدث حالة الأنيميا. ويمكن معالجة هذه الحالات من خلال تناول أقراص مقويات تحتوي على الحديد الذي يتم امتصاصه بطريقة طبيعية.

المشكلات المتعلقة بالعظام: في مرات قليلة جدًا، يحدث اضطراب في امتصاص الكالسيوم بعد إجراء العملية الجراحية. ومن ثم يحدث ضعف في العظام، الأمر الذي قد يؤدي للإصابة بالكسور. وقد تثبت تحاليل الدم نقص الكالسيوم الذي يمكن تعويضه من خلال أقراص الكالسيوم.

السرطان: قد تكون الإصابة بالسرطان في موضع ربط جزئي المعدة بعد العملية الجراحية مخاطرة ضعيفة، إلا أن ذلك عادةً ما قد يحدث بعد عشر سنوات أو أكثر من إجراء العملية الجراحية. وعلى هذا، فإن أي تدهور في الحالة الصحية، وخاصةً فقدان الشهية والوزن، يجب أن يتم إبلاغ الطبيب المختص به على الفور.

الفصل الحادي عشر

تطور الأساليب العلاجية في المستقبل

القضاء على بكتيريا التقرح والقرح

منذ ما يقرب من أربعين سنة، تم اكتشاف العلاقة بين التهاب المعدة الضموري وسرطان المعدة، كما أن دراسة الالتهاب المعدي أصبحت من أولويات اهتمامات الباحثين في أنحاء العالم للكشف عن العوامل المسببة لسرطان المعدة.

كذا، تمكنت هذه الدراسات من اكتشاف الروابط بين الظروف الاجتماعية السيئة وحدوث الالتهاب المعدي والقرح الهضمية بالمعدة والأنيميا الحادة وسرطان المعدة. ويمكن القول بتشابه هذه الروابط في جميع أنحاء العالم، إلا أن العامل المشترك بينها كان يكتنفه الغموض حتى اكتشاف الدكتور مارشال (Marshall) للبكتيريا الغريبة المنحنية الشكل في عام ١٩٨٢.

ومنذ ذلك الوقت، تزايدت معلومات العلماء بصورة كبيرة عن بكتيريا التقرح، كذلك تم نشر الآلاف من الأبحاث الطبية فيما يتعلق بهذا النوع من البكتيريا، وأصبح من الواضح تسبب تلك البكتيريا في واحد من أكثر الأوبئة التي عرفها العالم شيوعًا - حيث تنتشر الإصابة به في كل أمة وفي كل مجموعة عرقية.

ومن المعروف الآن عن عدوى HP أنها تظهر في المراحل المبكرة من العمر في الدول النامية، بينما تظهر العدوى في

الدول المتقدمة في المراحل العمرية المتأخرة. ويترتب على الإصابة بعدوى HP الإصابة بالالتهاب المعدي الذي يعقبه بفترة قصيرة، في نسبة قليلة من الأشخاص، الإصابة بالقرح المعدية أو قرح الاثنا عشر. كذلك، قد تؤدي البكتيريا بعد مرور فترة طويلة إلى الإصابة بسرطان المعدة عند نسبة أقل من الأشخاص.

وحيث إنه قد ثبت أن بكتيريا HP مرض معدٍ، فإنه ينبغي التعامل معها من هذا المنطلق. ويمكن القضاء على هذه البكتيريا من خلال العلاج الفعال، إذ أنها تستجيب للعلاج سريعًا بدرجة أكبر من أمراض أخرى، مثل الجدري. والثابت الآن أن هذه البكتيريا لا تعيش وتتكاثر إلا في جسم الإنسان، فهنا يتحتم المبادرة باتباع طرق العلاج الصحيحة للتخلص منها.

وقد يكون ذلك هو ما بدأ العلماء بالتفكير فيه جديًا. هذا، ومن خلال المعلومات الحالية المتوفرة عن بكتيريا HP، فقد اقترح الدكتور ديفيد جراهام (David Graham) بجامعة هيوستون بولاية تكساس الأمريكية أنه يجب اعتبارها مشكلة صحية عامة. ومن ثم يجب القضاء عليها في جميع أنحاء العالم، تمامًا مثل مع حدث مع مرض الجدري.

ويضيف الأستاذ الجامعي أنه يمكن عمل ذلك من خلال تحسين الظروف والمستويات المعيشية والصحية في مختلف أنحاء العالم. كذلك، يمكن استخدام اختبارات التنفس للكشف عن احتمالات وجود حاملي العدوى بين الأشخاص الأصحاء، وإعطائهم المضادات الحيوية اللازمة للقضاء على إصابتهم بعدوى بكتيريا HP. ويتمثل ثالث هذه الحلول في تطوير الأمصال المضادة. ويعلق الدكتور ديفيد من خلال كتاباته أنه يمكن في

هذا الصدد البدء بالدول التي ترتفع فيها نسبة الإصابة بعدوى بكتيريا HP وسرطان المعدة، مثل اليابان والمملكة العربية السعودية وكوريا.

ويجب أن نتذكر هنا أن بكتيريا HP هي مجرد عدوى، ويمكن التخلص منها من خلال العلاج المناسب. وفي حالة القيام بهذا العلاج على الوجه الأمثل، فإن مشكلات الإصابة بالقرح المعدية وأنواع السرطان المختلفة التي تصيب المعدة سيتم التخلص منها للأبد. وسيؤدي ذلك إلى إنقاذ ملايين الأرواح في شتى بقاع العالم. وتجدر الإشارة إلى توفر الأدوات الضرورية لبدء حملة أو برنامج يهدف إلى القضاء على المرض وإمكانية استغلالها. ومن ثم، يتبقى الآن وضع خطة كاملة يمكن من خلالها تنفيذ هذه الحملة أو هذا البرنامج.

أحدث النتائج ببرنامج العلاج

في أثناء تأليف هذا الكتاب، كانت هناك مؤشرات على إحراز تقدم كبير في علاج القرحة المعدية ومقاومتها. فقد كتب الدكتور إن جيه تالي (N. J. Talley)، مع مجموعة من زملائه بجامعة سيدني بعض التقارير حول أعداد المصابين بالقرح وعدوى بكتيريا HP المسجلين بالمستشفى التي يعمل بها والذين تم فحصهم في أعوام ١٩٩٠ و١٩٩٤ و١٩٩٨. وتوضح هذه التقارير الاختفاء السريع لحالات الإصابة بقرح المعدة. ففي عام ١٩٩٤، تم اكتشاف أن ما يعادل ٢٢ بالمائة من المرضى الذين تم فحصهم مصابين بالقرح. وبحلول عام ١٩٩٨، انخفض هذا الرقم ليصل إلى ١٣ بالمائة، وقد كان الانخفاض بشكل أساسي في حالات

الإصابة بالقرح المعدية، مع حدوث انخفاض مماثل في حالات الإصابة بعدوى بكتيريا HP.

وعلى الرغم من ذلك، فهناك أمرٌ يجب ملاحظته في هذا الصدد. فقد قامت العديد من مجموعات البحث بالربط بين الاستخدام المتزايد لمجموعة من مسكنات الألم والعقاقير المضادة لالتهاب المفاصل - المعروفة بعقاقير اللاستيرويد المضادة للالتهابات (NSAID) - وبين قرح المعدة. وأكثر هذه العقاقير شيوعًا هو الأسبيرين، إلا أن عقاقير النابروسين (Naprosyn) والإندوميثاسين (Indomethacin) والإيبوبروفين (Ibuprofen) هي أيضًا من عقاقير NSAID. وقد أوضح طبيب الأمراض الباطنة الصيني إف كيه إل تشان (F. K. L. Chan) أنه في حالة وصف الطبيب المعالج بعض من هذه العقاقير المضادة للالتهاب، فيجب أولاً أن يتم إخضاع المريض للاختبارات المناسبة للكشف عن احتمال إصابته ببكتيريا HP، ثم إخضاعه بعد ذلك للعلاج الثلاثي للقضاء عليها، وذلك في حالة تأكيد الاختبارات الإصابة بهذا النوع من البكتيريا. ويضيف الطبيب الصيني أنه يجب عليك تناول العقاقير المضادة للقرح في حالة احتمال خضوعك للمعالجة طويلة المدى باستخدام عقاقير NSAID. وقد ينطبق ذلك حتى في حالة تناول جرعات صغيرة من أقراص الأسبيرين، وهو ما يفعله الكثير من الأشخاص لمنع حدوث الأزمات القلبية. وقد يكون ذلك نوعًا من المبالغة، إلا أنه يوضح أنه يجب علينا التزام العناية الكاملة إزاء تحديد الكيفية التي سنتعامل بها مع أعراض الصداع والآلام اليومية.

هذا، وعقاقير NSAID متاحة في كل الصيدليات، ولا تحتاج لروشتة من الطبيب لصرفها. وبالطبع قد يؤدي تناول هذه

العقاقير إلى مخاطر جمة. وتجدر الإشارة إلى أنه عند قيام دكتور إم توسكوس (M. Tsokos) - الأستاذ بجامعة هامبورج - بدراسة الأعراض التي تظهر بعد الوفاة في حالة بعض الشباب صغير السن ممن توفوا بصورة فجائية، فقد وجد أن هناك سبع حالات خلال عام واحد يرتبط سبب الوفاة فيها بقرح المعدة التي ظهرت وازداد نشاطها بعد تناول عقاقير NSAID المضادة للالتهابات. والعقاقير الثلاثة التي كان يتم تناولها في تلك الحالات هي عقار الإيبوبروفين والديكلوفيناك (Diclofenac) والكيتوبروفين (Ketoprofen)، وهي عقاقير يمكن الحصول عليها بسهولة. كما أنه لم تكن هناك أي دلائل على تناول عقاقير أخرى. ويخشى الدكتور توسكوس من التقليل من شأن أعداد الشباب صغير السن الذين يعانون من مرض حاد أو يتوفون نتيجة الإصابة بالقرحة بسبب عدم معرفتهم المسبقة بالأضرار المحتملة لاستخدام عقاقير NSAID .

وأخيرًا وليس آخرًا، فقد نتساءل عن كيفية ضمان عدم معاودة ظهور بكتيريا HP بعد القضاء عليها في المرة الأولى. ولسوء الحظ، قد لا يوجد هناك ضمان في هذه الحالة. وقد قام دكتور إم سيو (M. Seo) من جامعة فوكوأوكا اليابانية بمتابعة ١٠٧ مريض بالقرحة لمدة عامين بعد تلقي المرضى لطرق علاج مختلفة للقضاء على بكتيريا HP، ووجد أن عشرة أشخاص منهم قد عاودتهم الإصابة بعدوى بكتيريا HP في خلال العامين. كما اتضح أنه فيما يتعلق بسبعة أشخاص من هؤلاء العشرة، فإن مجموعة العقاقير المستخدمة لم تكن كافيةً لقتل كل الجراثيم. من ثم، فإن تكرار حدوث العدوى كان في الحقيقة بسبب نمو الجراثيم التي لم يتم القضاء عليها في عملية العلاج الأولى للتخلص من

البكتيريا الأصلية. ويؤكد الطبيب الياباني أنه يجب على الأطباء استخدام أكثر مجموعات العقاقير فعاليةً للقضاء على الجراثيم حتى في حالة زيادة التكاليف الخاصة بتلك العقاقير. وقد يعني ذلك استخدام ثلاثة عقاقير مجتمعة على الأقل في المرة الواحدة (انظر الملحق).

الملحق

العقاقير المستخدمة في معالجة القرح

مضادات الحموضة

لا تشتمل هذه القائمة على كل العقاقير المتاحة، وهو ما يوضح العدد الهائل المتاح في السوق من مضادات الحموضة، كما يوضح عدم تميز أي منها بالفعالية الكاملة في العلاج. وتحتوي معظم هذه العقاقير على خليط من مضادات الحموضة، بالإضافة إلى احتواء كثير منها على مادة الألجينات (Alginate) أو مادة الديميثيكون (Dimethicone). ولبعض هذه العقاقير وظائف أخرى، إلا أن معظمها تم ذكره في القائمة التالية؛ حيث إن معادلة الحمض هي الوظيفة الرئيسية لهذه العقاقير.

الأكتونورم (Actonorm)
الألجيكون (Algicon)
الألتاسايت (Altacite)
الألوكاب (Alu–cap)
الألودروكس (Aludrox)
هيدروكسيد الألومنيوم (Aluminium hydroxide)

الجافيسكون (Gaviscon)
الجيلوسيل (Gelusil)
الهيدروتالسيت (Hydrotalcite)
الكولانتيكون (Kolanticon)
المالوكس (Maalox)
الموكاين (Mucaine)

الأسيلون (Asilone)

الكاربيلون (Carbellon)

الديوفول (Diovol)

الجاستروكوت (Gastrocote)

الجاسترون (Gastron)

الموكوجال (Mucogal)

النولاسين (Nulacin)

السيميكو (Simeco)

التوبال (Topal)

اليونيجيست (Unigest)

مضادات إفراز حمض الكولين

يتركز عمل هذه العقاقير على منع العصب الحائر في الرئة من القيام بعمله، إلا أن هذا لا يعني تشابه تأثيراتها على كل الأشخاص. فمن الملاحظ أن بعض هذه العقاقير يكون له تأثير أكبر على الحمض وإنزيم البيبسين أكثر من غيره، ولكن قد تتمثل الاختلافات المهمة بينها في الآثار الجانبية. وتجدر الإشارة إلى أن جميع هذه العقاقير لها آثار جانبية، على سبيل المثال، جفاف الفم وتشوش الرؤية والإمساك، إلا أن بعضها مثل عقار البيرنزيبين (Pirenzipine) يتم استخدامه لمعالجة أمراض المعدة مع تميزه بقلة الآثار الجانبية.

APP - يحتوي على مادة الهوماتروبين (Homatropine)

البيلوكارب (Bellocarb) - أي البيلادونا (Belladonna)

البوسكوبان (Buscopan) – أي الهيوساين (Hyoscine)

الكانتيل (Cantil) - أي الميبينزولات (Mepenzolate)

الجاستروزيباين (Gastrozepine) - أي البيربنزيبين (Pirenzipine)

الكولانتيكون (Kolanticon) - أي الديسيكلوماين (Dicyclomine)

الميربينتايل (Merbentyl) – أي الديسيكلوماين (Dicyclomine)

الناكتون (Nacton) – أي البولداين (Poldine)

البيبتالين (Piptalin) – أي البيبنزولات (Pipenzolate)

البروبانثاين (ProBanthine) - أي البروبانثيلاين (Propantheline)

دەرمانەکانی پاراستنی خانەکانی گەدە

عقاقير حماية خلايا المعدة

تعمل هذه العقاقير من خلال تحسين جودة و/أو كمية الغشاء المخاطي الواقي للمعدة. هذا، ومثل مضادات إفراز حمض الكولين، يتمثل الاختلاف الرئيسي بين مجموعة هذه العقاقير في الآثار الجانبية التي تحدثها، على الرغم من وجود أدلة قوية على فعالية عقار السوكرالفيت (Sucralfate) في حماية خلايا المعدة أكثر من غيره من العقاقير الأخرى. كذلك، يمكن القول أن الوظيفة الرئيسية لعقار البيسموثات (Bismuthate) قد تتمثل في عمله كمضاد لبكتيريا HP.

مضاد إنزيم الهضم (Antepsin) والمعروف باسم سوكرالفيت (Sucraffate)

كيفيد إس (Caved–S) المعروف باسم (Deglycyrrhizinized Liquorice)

الشكل السائل من البزموت (De-Nol) – أي تريبوتاسيوم ديسيتراتوبسموثات (Tripotassium Dicitratobismuthate)

البيروجاسترون (Pyrogastrone) – أي الكربينوكسولون (Carbenoxolone)

مضادات H_2

قد تتشابه هذه العقاقير في الوظائف التي تؤديها في المعدة؛ حيث تعمل جميعها على تقليل إفرازات الحمض. ولكنها قد تختلف في آثارها الجانبية؛ حيث يكون لعقار السيميتيدين تأثيرات أكثر على الكبد والمخ مقارنةً بعقار الرانيتيدين. وقد تم تحديد الآثار الجانبية لعقاري السيميتيدين والرانيتيدين على مدار العديد من السنوات التي تمت فيها معالجة حالات كثيرة جدًا. وقد لا ينطبق هذا القول على العقاقير الجديدة، مثل الفاموتيدين (Famotidine) والنيزاتيدين (Nizatidine).

الأكسيد (Axid) – أي نيزاتيدين (Nizatidine)

الديسبامت (Dyspamet) والجالينامينت (Galenament) والتاجامت (Tagamet) والزيتا (Zita) أي عقار السيميتيدين (Cimetidine)

البيبسيد (Pepcid) أي الفاموتيدين (Famotidine)

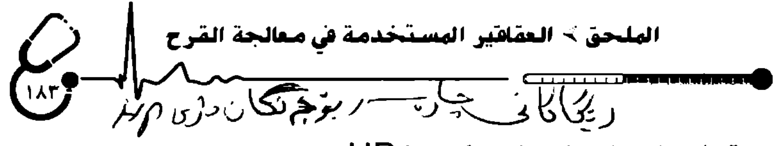
زانتاك (Zantac) أي الرانيتيدين (Ranitidine)

عقاقير منع إفراز الأحماض

قد تتميز هذه العقاقير بقدرتها على وقف أي إفراز حمضي. وبسبب إنتاج هذه العقاقير للاستخدام بصفة يومية، فهي تتسم بالفعالية. ويمكن القول إنه نتيجة لكون عقار الأوميبرازول أول هذه العقاقير التي تم اكتشافها، فهناك إدراك تام لوظائفه وتأثيراته على المرضى، ومن ثم فهو يعد أكثر عقاقير هذه المجموعة استخدامًا.

لوسك (Losec) أي الأوميبرازول (Omeprazole)

الزوتون (Zoton) أي اللانسوبرازول (Lansoprazole)



طرق العلاج للقضاء على بكتيريا HP

لقد تمت الإشارة إلى أسلوبي العلاج الرئيسيين في هذا الفصل. هذا، ويتساوى الأسلوبان في فعالية العلاج شريطة اتباع البرنامج العلاجي كاملاً حسب ما هو محدد. وقد يتمثل السبب الرئيسي في فشل العلاج في عدم الانتظام في تناول جرعات العلاج أو التوقف تمامًا عن تلقي العلاج في مرحلة مبكرة وقبل انتهاء البرنامج العلاجي. ويمكن القول إن ما يعادل ثلث الأشخاص الذين يتلقون علاجًا ضد بكتيريا HP يعانون من أعراض جانبية، إلا أنهم في حالة الاستمرار في العلاج على الرغم من الشعور بالأعراض الجانبية، سيمكن القضاء على بكتيريا HP بصورة ناجحة. وقد تم توضيح تفاصيل كل أسلوب من أساليب العلاج فيما يتعلق بالجرعات المناسبة وفترة تناولها في الكتاب.

العلاج الثلاثي، ويتمثل في تناول أقراص البزموت (De-Nol) والتيتراسيكلين (Tetracycline) ومترونيدازول (Metronidazole)

هليكلير (Heliclear) ويتمثل في تناول عقاقير اللانسوبرازول (Lansoprazole) والكلاريثروميسين (Clarithromycin) وأيضًا عقار الأموكسيسيلين (Amoxycillin)

الهيلميت (Helimet) ويتمثل في تناول عقاقير اللانسوبرازول (Lansoprazole) والكلاريثروميسين (Clarithromycin) وأيضًا المترونيدازول (Metronidazole)

مسرد المصطلحات

فەرهەنگۆکی زاراوەکان

أمـلاح الألجينـات (Alginate): مسـتحضـر يـتم تصـنيعه مـن الأعشـاب البحريـة يهـدف إلـى حمايـة الغشـاء المخـاطي مـن هجوم الحمض وإنزيم البيبسين

مضاد للحموضـة (Antacid): عقـار يعمـل علـى معادلـة الحمـض الذي تم إفرازه داخل المعدة عن طريق الخلايا الجدارية في المعدة

عامـل مقـاوم للبكتيريـا (Antibacterial agent): عقـار يقـوم بمهاجمة البكتيريا، وقد يكون هذا العقـار مركـب تخليقـي، مثـل عقار المترونيدازول، أو مصنع من منتجات بعض الكائنات العضوية الميكروسكوبية الأخرى، وعادة من الفطريات، مثل البنسيلين

مضـاد حيـوي (Antibiotic): عقـار مضـاد للبكتيريـا مكـون مـن منتجات كائنات عضـوية ميكروسـكوبية أخـرى، مثـل البنسـيلين وعقار التيتراسيكلين

مضاد لإفـراز مـادة الكـولين (Anticholinergic): عقـار يقـوم بوقف حركة العصب الحائر الممتد من المـخ إلـى المعـدة؛ ومـن ثم، تقليل إفراز الحمض وإنزيم البيبسين

الجيب (Antrum): الجزء المعدي الذي يحتوي علـى أكبـر عـدد من الخلايا الجدارية التي تفرز الحمض

فم المعدة العلوي (Cardia): يمثل نقطة الوصل بـين المـريء والمعدة

الجسم (Corpus): الجسـم الرئيسـي للمعدة

عقـار لزيـادة وقايـة خلايـا المعـدة (Cytoprotectant): عقـار يعتقد أنه يزيد من الحماية التي يمنحها الغشاء المخـاطي ضـد الحمـض وإنـزيم البيبسـين، مثـل عقـار سـوكرالفيت أو عقـار كربينوكسولون

عقار الديميثيكون (Dimethicone): عامل تقليل أثر التوتر السطحي الذي يحدثه العقار لتخفيف الانتفاخ وحماية الغشاء المخاطي في الوقت ذاته

غطاء الاثنا عشر (Duodenal cap): جزء من الاثنا عشر يتم رؤيته باستخدام أشعة إكس وقد يوضح في الغالب آثار وجود تقرح قديم أو موجود بالفعل

الاثنا عشر (Duodenum): جزء صغير الحجم من الأمعاء تقوم المعدة بتفريغ محتوياتها بداخله

استخدام المنظار (Endoscopy): الاستعانة بأنبوبة مرنة مصنوعة من الألياف البصرية للرؤية المباشرة داخل المريء والمعدة والاثنا عشر

الزائدة (Flagellae): الزائدة الرفيعة الملتصقة ببكتيرياHP. ويعتقد أنها تساعد البكتيريا في السباحة داخل الغشاء المخاطي في المعدة أو أنها تمكنها من الالتصاق بسطح الخلايا.

مَعِدي (Gastric): ما يرتبط بالمعدة أو داخلها

الجاستيرين (Gastrin): هرمون يتم إنتاجه في جدار الأمعاء والبنكرياس يسبب إفراز خلايا جدار المعدة للحمض

مضاد H_2: عقار (مثل السيميتيدين والرانيتيدين) يمنع عملية إفراز خلايا جدار المعدة للحمض التي يتم تنشيطها عن طريق الحمض الأميني الهستامين (Histamine)

هليكوبكتر بيلوري (HP): بكتيريا مجعدة الشكل بها زائدة ويعتقد أنها تزدهر فقط في المعدة البشرية، كما قد تؤدي إلى الإصابة بالالتهاب المعدي وقرح المعدة والاثنا عشر، بل وربما تؤدي إلى الإصابة بسرطان المعدة

الفتق الفرجوي (Hiatus hernia): حالة تحدث عند ارتفاع جزء من المعدة عن المريء. وقد تؤدي هذه الحالة إلى التهاب المريء وتقرحه. كذلك، قد تمتد الأعراض لتشمل الشعور بالحرقان.

المعي الصائم (Jejunum): الجزء التالي للأمعاء الدقيقة بعد الاثنا عشر

تغير النسيج (Metaplasia): تغير خصائص أحد الأنسجة ليتحول تدريجيًا إلى نسيج آخر. وقد تحدث هذه الحالة عند الإصابة بقرحة الاثنا عشر التي تنشأ في بقعة من الغشاء المخاطي المحيط بالاثنا عشر والتي تتغير لاكتساب خصائص الغشاء المخاطي الموجود بالمعدة.

الغشاء المخاطي (Mucosa): طبقة الخلايا المبطنة لجدار المعدة. وتعد هذه الطبقة مسئولةً عن إفرازات الحمض وإنزيم البيبسين، وأيضًا المخاط الموجود في المعدة. ولا بد هنا من وجود توازن؛ حيث إنه في حالة حدوث خلل بالتوازن لمصلحة الحمض وإنزيم البيبسين، فقد يؤدي ذلك إلى الإصابة بالالتهاب المعدي والقرح.

المخاط (Mucus): السائل الهلامي الكثيف الذي يتم إفرازه من خلال الغشاء المخاطي للمعدة لحمايتها من الحمض وإنزيم البيبسين

التهاب المريء (Oesophagitis): التهاب يصيب المريء ينتج عادةً عن تدفق الحمض في حالة حدوث عرض الفتق الفرجوي. وقد يؤدي هذا الالتهاب إلى تقرح المريء.

المريء (Oesophagus): العضو الذي يمتد من الحلق إلى الحجاب الحاجز

الخلايا الجدارية المفرزة للحمض في المعدة (Oxyntic cells): الخلايا الموجودة داخل الغشاء المخاطي المعدي والتي تقوم بإفراز الحمض

الاستئصال الجزئي للمعدة (Partial gastrectomy): عملية يتم إجراؤها للتخلص من المنطقة المفرزة للحمض داخل المعدة

إنـزيم البيبســين (Pepsin): عصـارة هاضـمة يـتم إفرازهـا مـع الحمض في المعدة وتعد مسئولة عن البروتينات في الطعام

الثقـوب المعديـة (Proliferation): تضـاعف غيـر طبيعـي لأعـداد الخلايا يتم رؤيته في بعض القرح المعديـة المزمنـة نتيجـة الإصـابة ببكتيريا HP. ويعتقد أن هذه الحالة قد تسبق الإصابة بالسرطان.

عقاقير منع إفراز الأحماض (Proton pump inhibitor): أحـد العقـاقير، مثـل الأوميبـرازول، يمنـع أي إفـراز للحمـض مـن قبـل الخلايا الجدارية في المعدة

ضيق فم المعدة السفلي (Pyloric stenosis): ضـيق الجـزء السفلي بالمعدة بسبب وجود ندوب ناتجة عن قرح قديمة فـي الاثنا عشر. وقد يسـبب هـذا الضـيق إعاقـة تـدفق الطعـام مـن المعدة إلى الاثنا عشر.

فم المعدة السفلي (Pylorus): الوصلة بين المعدة والاثنا عشر

التجويف (Stoma): فتحة جديدة بين المعـدة والأمعـاء الدقيقـة نتيجة عملية الاستئصال الجزئي للمعدة. وعادة مـا تكـون هـذه الفتحة في الموضع الذي كانت فيه القرحة قبل إجراء العملية.

القرحــة (Ulcer): اختــراق فــي الغشــاء المخــاطي المــبطن للمعدة أو الاثنا عشـر يـؤدي إلـى تعـرض جـدار المعـدة أو الاثنـا عشر للحمض

استئصــال العصــب الحــائر (Vagotomy): عمليـة يـتم مـن خلالها قطع العصب الحائر لتقليل إفراز الحمض

العصب الحائر (Vagus nerve): العصب المتصل بالمخ مباشـرة والذي يتحكم في إفراز المعدة للحمض وإنزيم البيبسين

الفهـــــرس



صحة وعافية

كيفية التعايش مع قرح المعدة
Coping with Stomach Ulcers

قد تجعل قرح المعدة من الحياة أمرًا لا يحتمل. فألم المعدة يمكن أن يكون شديدًا للغاية ويحتاج إلى التعامل معه بجدية.

في هذا الكتاب، سنتناول كيفية تحديد الفرق بين القرح وعسر الهضم، وتحديد السبب في الألم بالضبط. كما سنتعرف على نصائح مؤكدة حول الاختبارات التي سيجريها الأطباء، ومعلومات عن العقاقير التي أحدثت ثورة في مجال علاج القرح.

فالأبحاث الطبية الجديدة غيرت كليةً من الاعتقادات المختلفة المتعلقة بدور النظام الغذائي في ظهور القرح. على سبيل المثال، فالنظام الغذائي المكون من منتجات الألبان يمكن أن يزيد من الأمور سوءًا. كذلك تغيرت تمامًا الأفكار التقليدية عن دور الضغط العصبي. كما أن هناك أيضًا أبحاثًا جديدة عن أسباب الإصابة بالقرح وكيفية الحيلولة دون ظهورها مرةً أخرى - الأمر الذي فتح المجال لإمكانات جديدة في مجال العلاج.

وأخيرًا، يحتوي هذا الكتاب على أحدث المعلومات عن القرح. فإذا كنت قد أصبت من قبل بالقرحة، أو إذا كنت تشعر بالقلق من احتمال إصابتك بها، ستجد في هذا الكتاب كل ما تحتاجه من نصائح ومساعدة.

نبذة عن المؤلف:

قضى د. توم سميث ست سنوات كممارس عام وسبع سنوات في مجال الأبحاث الطبية قبل أن يتفرغ للكتابة بشكل كامل في عام ١٩٧٧. إذ أنه الآن يكتب بانتظام في مختلف المجلات والصحف الطبية، كما أن له عمودًا أسبوعيًا في إحدى المجلات الطبية.

sheldon PRESS



زوروا موقعنا
http://www.darelfarouk.com.eg
للشراء عبر الإنترنت
http://darelfarouk.sindbadmall.com



